Deutscher Bundestag **Drucksache 17/6906**

17. Wahlperiode 05. 09. 2011

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

A. Problem und Ziel

Die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Dabei gehört das deutsche Gesundheitswesen sicher zu den besten der Welt und erbringt auf hohem Niveau flächendeckend gute Leistungen. Um dieses hohe Niveau zu halten und zu verbessern gibt es angesichts der demographischen Entwicklung, der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen und der neuen Möglichkeiten, die der medizinisch-technische Fortschritt mit sich bringen wird, gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Es sollen Maßnahmen getroffen werden, in deren Folge sich im konkreten Versorgungsalltag die Situation vieler Patientinnen und Patienten spürbar verbessert, etwa indem bürokratische Hemmnisse abgebaut, der Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sichergestellt und die Behandlungsabläufe für Patientinnen und Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abgestimmt werden.

Schwerwiegende chronische Erkrankungen und Multimorbidität nehmen tendenziell zu. Dies führt zu einem steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen. Gleichzeitig sinkt tendenziell aufgrund der demographischen Entwicklung auch das Nachwuchspotential in medizinischen und pflegerischen Berufen. Werden die Rahmenbedingungen nicht geändert, so droht insbesondere in ländlichen Regionen ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzten. Dieser Mangel wirkte sich für die Patienten und ihre Versorgung direkt aus. Daher bedarf es eines Bündels von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, um strukturellen Problemen der Versorgung rechtzeitig zu begegnen.

Mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden die finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems kurz- und mittelfristig auf eine solide Basis gestellt. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes hat Effizienz und Qualität der Arzneimittelversorgung gesteigert, indem eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten etabliert wurde.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen jetzt Weichenstellungen in Versorgungsstrukturen, damit unser Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen

eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann. Gleichzeitig sind weitere Reformen im System der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütung notwendig.

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung zielt daher darauf ab,

– auch künftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern,
– das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren,
– die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern,
– einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherzustellen und
– mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.

B. Lösung

Auf verschiedenen Steuerungs- und Verantwortungsebenen des Gesundheitssystems werden starre Planungsvorgaben gelockert. Es werden den Beteiligten flexible Möglichkeiten eröffnet, den regionalen Gegebenheiten und Erfordernissen entsprechend in größerer Eigenverantwortung die gesundheitliche Versorgung zu steuern. Die Länder bekommen mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten als bisher.

Zur besseren Verzahnung der Sektoren und zur Förderung einer sektorenverbindenden Versorgung wird stufenweise mit dem spezialärztlichen Bereich ein Korridor eröffnet, in dem sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte unter gleichen Voraussetzungen und Bedingungen wettbewerblich die ambulante medizinische Versorgung gestalten können.

Schwerpunkte des Gesetzes betreffen vor allem folgende Bereiche:

1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Der Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinische Versorgung dienen insbesondere:

– eine zielgenauere und regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder,
– ein Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit entsprechenden Anreizen auch im Vergütungssystem sowie der Förderung mobiler Versorgungskonzepte sowie
– Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf gerade auch im ärztlichen Beruf.

2. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Das vertragsärztliche Vergütungssystem wird reformiert:

– Im System der vertragsärztlichen Vergütung erfolgt eine Flexibilisierung und Regionalisierung. Zentrale Vorgaben werden zurückgenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Flexibilität bei der Honorarverteilung und die Vertragspartner auf regionaler Ebene mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vergütungsvereinbarungen.
– Überregulierungen werden abgebaut. Die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner, auf Bundesebene für die Ärztinnen und Ärzte Richtlinien zur

Dokumentation der ärztlichen Behandlungsdiagnosen zu erarbeiten (ambulante Kodierrichtlinien), entfällt.

3. Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems

– Die vertragszahnärztliche Vergütung wird weiterentwickelt. Den regionalen Vertragspartnern werden größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen eröffnet.

– Es werden gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen geschaffen.

4. Ambulante spezialärztliche Versorgung

Um ein reibungsloseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten, wird schrittweise ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung eingeführt.

5. Innovative Behandlungsmethoden

Zur Verbesserung der Bewertung innovativer Behandlungsmethoden erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Erprobung von Methoden mit Potential, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist.

6. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden weiterentwickelt mit dem Ziel, Legitimation und Akzeptanz der Entscheidungen zu erhöhen sowie die erforderliche Transparenz und die Beteiligungsmöglichkeiten weiter zu stärken.

7. Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Wettbewerbliche Spielräume der Krankenkassen werden vergrößert, damit Patientinnen und Patienten künftig auf breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen. Die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen werden erweitert.

8. Weitere Maßnahmen des Gesetzes

Weitere Maßnahmen des Gesetzes sind u. a.:

– eine Modifizierung der Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen,

– Flexibilisierung und Deregulierungen im Bereich der Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere im Heilmittel- aber auch im Arzneimittelbereich,

– Neuausgestaltung der Regelungen zur Datentransparenz mit dem Ziel, die Datengrundlage für Versorgungsforschung und Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern,

– eine Entbürokratisierung in verschiedenen Bereichen.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund, Länder und Gemeinden.

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte entstehen möglicherweise Mehrbelastungen für den Bund im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden können.

2. Haushaltsausgaben mit Vollzugsaufwand

a) Bund, Länder und Gemeinden

Dem Bundesversicherungsamt werden neue Aufgaben übertragen und vorhandene Aufgaben werden ausgeweitet. Andererseits werden bestehende Aufgaben eingeschränkt. Dem Bundesversicherungsamt entsteht dadurch per saldo ein geringer personeller und sächlicher Mehraufwand. Die damit verbundenen Personalkosten belaufen sich auf rund 0,5 Mio. Euro. Über den genauen Umfang neu auszubringender Stellen und Planstellen ist im Rahmen der Haushaltsberatungen zu entscheiden. Die neu auszubringenden Planstellen und Stellen sind ganz überwiegend aus dem Personalüberhang des Bundes zu besetzen.

Die Übernahme der Aufgaben der Vertrauensstelle und der Datenaufbereitungsstelle (§§ 303c und 303d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGV V) macht darüber hinaus eine zusätzliche Personalausstattung bei einer noch durch eine Rechtsverordnung zu bestimmenden ausführenden Behörde des Bundes notwendig. Die durch diese Stellen und Planstellen entstehenden Kosten (einschl. der Sachkosten) werden vollständig von den Krankenkassen erstattet und über Nutzungsentgelte refinanziert.

Für die Bundesländer kann durch die erweiterten Beanstandungs- und Beteiligungsrechte im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sowie das Recht ein sektorübergreifendes Gremium zu schaffen in geringem Umfang derzeit nicht quantifizierbarer Mehraufwand entstehen, der von der konkreten Ausgestaltung auf der jeweiligen Länderebene abhängt.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die im Jahr 2010 verabschiedeten ausgabenbegrenzenden Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften wurde die GKV ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von insgesamt rund 3,5 Mrd. Euro finanzwirksam entlastet. Die Maßnahmen des Versorgungsstrukturgesetzes dienen vor allem der nachhaltigen Verbesserung und Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung und fördern auch langfristig die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit werden der Selbstverwaltung im vertragsärztlichen Bereich Instrumente an die Hand gegeben, Versorgungslücken im ambulanten Sektor insbesondere in ländlichen und in strukturschwachen urbanen Regionen zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungen vor allem im Bereich der stationären Versorgung und der Versorgung mit Notfall- und Rettungsdiensten zu vermeiden. Es ist notwendig und langfristig auch aus finanzieller Sicht durchaus sinnvoll, Versorgungsstrukturen zu stützen, bevor Versorgungsdefizite vermehrt entstehen und daraus hohe Mehrausgaben resultieren.

Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen können einerseits durch Preiszuschläge für besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungserbringer in strukturschwachen Gebieten sowie durch Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen entstehen, deren Umfang in den Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen festgelegt wird. Diese Mehrausgaben könnten sich – je nach Umsetzung durch die Vertragspartner – insgesamt auf eine geschätzte jährliche Größenordnung zwischen 150 bis 200 Mio. Euro belaufen. Durch die Bildung von Strukturfonds bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die von allen Krankenkassen mit einem zusätzlichen Ausgabenbetrag in Höhe von 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung mit zu finanzieren sind, können Mehrausgaben der Krankenkassen in einer Größenordnung von ca. 25 Mio. Euro entstehen, so dass sich die Summe der geschätzten jährlichen Mehrausgaben auf eine Größenordnung von rund 200 Mio. Euro beläuft. Solchen Mehrausgaben stehen im erheblichen nicht quantifizierbaren Umfang Minderausgaben durch Vermeidung unnötiger Einweisungen zur stationären Versorgung oder von Krankentransporten und Rettungsfahrten insbesondere in strukturschwachen Regionen gegenüber, die aus einer Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich resultieren. Die Bundesregierung wird die mit diesen Maßnahmen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren.

Durch die Reform der vertragsärztlichen Vergütungssystematik wird das Vergütungsgeschehen weitgehend regionalisiert. Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen dadurch nicht. Das Morbiditätsrisiko, das heißt Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten, liegt wie bisher auf Seite der Krankenkassen: Das bedeutet, dass die Krankenkassen höhere Gesamtvergütungen für die vertragsärztlichen Leistungen veranschlagen müssen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten im Zeitablauf ansteigt oder wenn Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden. Sofern es im Zeitablauf einen Anstieg bei den für Arztpraxen relevanten Kosten gibt, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann, sind von den Krankenkassen auch die sich daraus ergebenden Effekte in Form höherer Preise zusätzlich zu vergüten.

Mit der Aufhebung der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführten zeitlich beschränkt auf die Jahre 2011 und 2012 vorgesehenen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung können im Bereich der extrabudgetären Leistungen (insbesondere des ambulanten Operierens) im Jahr 2012 zwar nicht quantifizierbare Mehrausgaben bei der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbunden sein. Diesen aus einer vorzeitigen Aufhebung dieser Ausgabenbegrenzungen resultierenden einmaligen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Minderausgaben durch die Vermeidung von stationären Behandlungen gegenüber.

Für das Jahr 2013 entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung durch die Neujustierung der Honorarstrukturen Mehrausgaben von bis zu 120 Mio. Euro. Die Bundesregierung wird die mit diesen Maßnahmen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im vertragszahnärztlichen Bereich einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren.

Der Leistungsumfang eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs umfasst zum einen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen. Daneben werden Teilbereiche ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender

Leistungen einbezogen, sofern diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach gesetzlichen Kriterien der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugeordnet werden. Die ökonomischen Auswirkungen der Bildung eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs werden daher im Wesentlichen vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch die von ihm vorgenommene Ausgestaltung dieses Versorgungsbereichs determiniert sowie von den die Vergütungen vereinbarenden Vertragspartnern.

Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wie Qualitätsanforderungen, Überweisungserfordernisse und die Verpflichtung zu Kooperationen zwischen den Leistungserbringern wirken einer extensiven Teilnahme der Leistungserbringer entgegen. Zudem betrifft der spezialärztliche Versorgungsbereich Indikationen ohne hohe Mengenrisiken. Die Möglichkeiten einer angebotsinduzierten Nachfrage sind als gering einzuschätzen, da es sich um schwere oder seltene Erkrankungen handelt. Die Versorgung dieser Krankheiten erfolgt bereits derzeit entweder ambulant oder stationär, die Leistungen werden zukünftig durch die Vorgaben des neuen Versorgungsbereiches aber gezielter und qualitativ hochwertiger erbracht werden.

Im Übrigen bietet die Regelung neben der Optimierung der Patientenversorgung bei Erkrankungen und Leistungen mit besonderem spezialärztlichen Versorgungsbedarf auch günstige Synergieeffekte und Kosteneinsparpotentiale, insbesondere durch Vermeidung stationärer Aufenthalte und von Kosten infolge von Komplikationen und Folgeerkrankungen, die allerdings nicht quantifizierbar sind. Die Erhöhung der Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich mit sich, denn inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen. Die qualifiziertere Behandlung im Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung führt in einer Gesamteinschätzung damit nicht einseitig zu höheren Ausgaben, sondern gleichzeitig in der Perspektive zu Einsparungen aufgrund einer effizienteren Versorgung durch eine gezieltere Diagnostik und bedarfsgerechtere Behandlung.

Durch die Möglichkeit der Erprobung innovativer Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss können Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung über den Systemzuschlag nach §§ 91, 139c SGB V entstehen. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen der Methodenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss können fünf Erprobungen pro Jahr mit einer Laufzeit von 5 Jahren pro Erprobung angenommen werden. Bei angenommenen jeweiligen mit der Erprobung verbundenen Overhead-Kosten von ca. 0,5 Mio. Euro pro Erprobung und Jahr, entstünden im ersten Jahr Kosten von ca. 2,5 Mio. Euro, im zweiten Jahr 5 Mio., im dritten Jahr 7,5 Mio., im 4. Jahr 10 Mio. und ab dem 5. Jahr dann 12,5 Mio. Euro jährlich. Diese Kosten werden durch die angemessene Beteiligung von betroffenen Herstellern oder Anbietern der zu erprobenden Methode erheblich reduziert.

Durch die Ausweitung der bisherigen Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen können in dem Umfang, in dem die einzelnen Krankenkassen von diesen Möglichkeiten Gebrauch machen, Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen. Solche Mehrausgaben sind – sofern sie jeweils nicht aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds oder vorhandenen Finanzreserven abgedeckt werden können – aus Zusatzbeiträgen zu finanzieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch die Erweiterung von Satzungsleistungen auch aufwändigere Behandlungen verkürzt oder vermieden werden und dadurch Einsparungen erzielt werden können.

Durch die Neuregelungen zur Datentransparenz (§§ 303a ff. SGB V) entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 geschätzte Mehrausgaben

in Höhe von rund 1,5 Mio. Euro und in den Folgejahren jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 0,5 Mio. Euro, die sich durch die Einnahme von Nutzungsgebühren reduzieren werden.

Die Bundesregierung wird die mit den Maßnahmen nach Artikel 1 §§ 85 und 87a Absatz 2 Satz 3 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren. Das Ergebnis der Evaluierungen wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich bleibt unberührt.

E. Sonstige Kosten

Kosten für die Wirtschaft, die über die unten aufgeführten Bürokratiekosten hinausgehen, können durch die vorgesehene Beteiligung der Hersteller an den Kosten der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entstehen. Die Höhe der damit verbundenen Kosten bei den betroffenen Unternehmen ist derzeit nicht abschätzbar.

Größere Auswirkungen auf die Einzelpreise der medizinischen Dienstleistungen oder Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

F. Bürokratiekosten

a) Bürokratiekosten für die Wirtschaft

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft.

Der Entwurf enthält eine einmalig anfallende Informationspflicht für medizinische Versorgungszentren. Diese haben gegenüber dem jeweiligen Zulassungsausschuss nachzuweisen, dass der ärztliche Leiter in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist. Im Rahmen der ex-ante Schätzung sind Kosten in Höhe von insgesamt 9 600 Euro zu erwarten.

Im Zusammenhang mit der Ausübung des Vorkaufrechts nach Artikel 1 § 103 Absatz 4d entsteht für die Vertragsärzte eine Informationspflicht.

Im Zuge der Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsbereichs für die ambulante spezialärztliche Versorgung werden zwei neue Informationspflichten eingeführt.

Zum einen müssen Leistungserbringer, die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen möchten, gegenüber der zuständigen Landesbehörde einmalig anzeigen, dass sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. Zum anderen müssen die zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer ihre Teilnahme unter Angabe des Leistungsbereichs, auf den sich ihre Zulassung erstreckt, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. In beiden Fällen ist der Zeitaufwand als gering anzusehen, so dass auch die anfallenden Bürokratiekosten insgesamt gering ausfallen werden.

Im Rahmen der neu geschaffenen Möglichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses, eine Richtlinie zur Erprobung neuer Methoden zu beschließen, können drei Informationspflichten für die Wirtschaft entstehen.

Zum einen müssen die Leistungserbringer (z. B. Ärzte und Krankenhäuser), die an der Erprobung einer neuen Leistung teilnehmen wollen, gegenüber der mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung beauftragten Institution nachweisen, dass sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Anforderungen erfüllen. Zum anderen sind die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtet, die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und der beauftragten Institution zur Verfügung zu stellen. Für den hierdurch entstehenden zusätzlichen Aufwand erhalten die teilnehmenden Leistungserbringer eine angemessene Aufwandsentschädigung von der beauftragten Institution. Schließlich können Medizinproduktehersteller oder in sonstiger Weise Anbieter einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode beim G-BA beantragen, dass er eine Richtlinie zur Erprobung beschließt. Es ist derzeit nicht absehbar, wie häufig der G-BA Richtlinien zur Erprobung beschließen wird und wie viele Medizinproduktehersteller eine Erprobung beantragen werden.

Diesen zum Teil im Einzelnen nicht bezifferbaren zusätzlichen Bürokratiekosten stehen konkrete Entlastungen gegenüber.

Durch den Wegfall der bisherigen Ambulanten Kodierrichtlinien wird der Verschlüsselungsaufwand bei der Angabe der Behandlungsdiagnosen für die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt reduziert.

Im Zuge der Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Regelungen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen entfällt das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation und damit der papiergebundenen Einreichung der sogenannten Versandliste. Daraus folgt eine Verringerung der Bürokratiekosten um ca. 100 000 Euro pro Jahr.

Durch die Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsbereichs für die ambulante spezialärztliche Versorgung wird eine Informationspflicht für die teilnehmenden Krankenhäuser modifiziert und ihr bisheriger Aufwand im Rahmen ihrer Bestimmungen durch die Länder reduziert.

Durch die verbindliche Festlegung anzuerkennender Praxisbesonderheiten entfällt für entsprechende Fälle die Darlegungs- und Begründungspflicht bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

b) Bürokratiekosten für Bürgerinnen und Bürger

Es wird eine neue Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger eingeführt.

c) Bürokratiekosten für die Verwaltung

Im Zuge der Regionalisierung und Dezentralisierung bei den Neuregelungen zur vertragsärztlichen Vergütung und Bedarfplanung entstehen der Verwaltung in der vertragsärztliche Versorgung neun neue Informationspflichten.

Dem stehen in der vertragsärztlichen Versorgung sieben wegfallende Informationspflichten gegenüber.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung entsteht eine neue Informationspflicht. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen jeweils zum 1. Oktober eines Jahres die Zahl ihrer Versicherten mitzuteilen.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss entstehen durch die Pflicht, in der Begründung zu seinen Beschlüssen eine Bürokratiekostenschätzung zu dokumentieren, neue Informationspflichten.

Den gesetzlichen Krankenkassen entstehen im Rahmen der Regelungen zu Kassenschließungen und der Wahrung der Versichertenrechte in diesem Zusammenhang vier Informationspflichten.

Im Rahmen der Abrechnungen zwischen Krankenkassen und sonstigen Leistungserbringern entfallen zwei Informationspflichten.

Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen entfallen zwei Informations- oder Meldepflichten. Durch die Entfristung der Zulassungen entfällt die Pflicht der Krankenkassen, die Wiederzulassung der Programme beim Bundesversicherungsamt zu beantragen. Beim Bundesversicherungsamt entfällt der mit der Erteilung von Wiederzulassungen verbundene Verwaltungsaufwand.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 5. September 2011

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

> Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen
> in der gesetzlichen Krankenversicherung
> (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 12. August 2011 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Angela Merkel

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Vom …

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 2 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

   „(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder in der Regel tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“

2. § 11 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter „nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen“ gestrichen.

   b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

      „(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“

3. Nach § 19 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

   „(1a) Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse fort. Die Krankenkasse, die das Mitglied aufnimmt, darf Leistungsentscheidungen nur unter den Voraussetzungen der §§ 44 bis 48 des Zehnten Buches zurücknehmen.“

4. Dem § 28 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

   „Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum … [6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 12 Absatz 1] für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

5. Nach § 32 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

   „(1a) Bei langfristigem Behandlungsbedarf genehmigen die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“

6. Dem § 33 wird folgender Absatz 9 angefügt:

   „(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.“

7. § 35c Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Medizinprodukte“ ein Komma und werden die Wörter „davon mindestens eine ständige Expertengruppe, die fachgebietsbezogen ergänzt werden kann“ eingefügt.

   b) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

      „Das Nähere zur Organisation und Arbeitsweise der Expertengruppen regelt eine Geschäftsordnung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit der Experten gilt § 139b Absatz 3 Satz 2 entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Expertengruppen mit Bewertungen nach Satz 1 beauftragen; das Nähere regelt er in seiner Verfahrensordnung. Bewertungen nach Satz 1 kann auch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragen.“

8. Dem § 39 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

   „Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt."

9. In § 40 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen" durch die Wörter „§ 111c besteht" ersetzt.

10. § 47a wird aufgehoben.

11. § 71 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

       aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

       „Die Verträge nach § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen."

       bb) Folgender Satz wird angefügt:

       „Sie geben den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen Verträge nach Satz 2 oder § 73b Absatz 4 wirksam werden, Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb eines Monats und stellen vor einer Beanstandung das Benehmen her."

    b) In Absatz 5 wird die Angabe „73c" durch die Angabe „73b, 73c" ersetzt.

    c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

       „(6) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können den Krankenkassen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung vorschlagen, Verträge nach § 73b Absatz 4, § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 abzuschließen."

12. § 73 Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

    „(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend."

13. § 73b Absatz 4a wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 4 werden die Wörter „und die Festlegung des Vertragsinhalts" gestrichen.

    b) Folgender Satz wird angefügt:

       „Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson."

14. Nach § 75 Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

    „Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen."

15. § 77 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

    b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

       „(2) Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Kassenärztliche Vereinigungen auf Beschluss ihrer Vertreterversammlungen auch für den Bereich mehrerer Länder vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. § 144 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Bundesvereinigung nach Absatz 4 ist vor der Vereinigung zu hören. Die gemeinsame Kassenärztliche Vereinigung kann nach Bereichen der an der Vereinigung beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen getrennte Gesamtverträge längstens für bis zu vier Quartale anwenden. Darüber hinaus können die Vertragspartner der Gesamtverträge unterschiedliche Vergütungen im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde vereinbaren, soweit es zum Ausgleich unterschiedlicher landesrechtlicher Bestimmungen oder aus anderen besonderen Gründen erforderlich ist."

    c) In Absatz 3 Satz 1 wird vor den Wörtern „und die" ein Komma und werden die Wörter „die in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 angestellten Ärzte" eingefügt.

    d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

       aa) Die Angabe „§ 94" wird durch die Angabe „§§ 88, 94" ersetzt.

       bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

       „Wenn eine Kassenärztliche Vereinigung eine andere Kassenärztliche Vereinigung nach Satz 1 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches beauftragt, eine ihr obliegende Aufgabe wahrzunehmen, und hiermit eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch die Beauftragte verbunden ist, wird die Beauftragte mit dem Empfang der ihr nach § 285 Absatz 3 Satz 7 übermittelten Sozialdaten verantwortliche Stelle nach § 67 Absatz 9 Satz 1 des Zehnten Buches. § 80 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend, Satz 1 Nummer 1 jedoch mit der Maßgabe, dass nur der Auftragnehmer anzuzeigen ist."

16. In § 79 Absatz 4 Satz 5 werden nach dem Wort „beträgt" die Wörter „bis zu" eingefügt.

17. § 79c Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden ein beraten-

der Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung und ein beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung gebildet. Beide Fachausschüsse bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind."

18. Dem § 80 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für jeweils ein Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt die Wahl auf der Grundlage von getrennten Vorschlägen der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen."

19. § 84 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „1 bis 4 und 4b bis 7" durch die Angabe „1 bis 7" ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen erstmals bis zum 30. September 2012 Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach § 106 anzuerkennen sind. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der in Satz 3 genannten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4. Die Vertragspartner nach § 106 Absatz 2 Satz 4 können darüber hinaus weitere anzuerkennende Praxisbesonderheiten vereinbaren. Die auf Praxisbesonderheiten und Genehmigungen nach § 32 Absatz 1a entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach Absatz 6 zu berücksichtigen."

g) In Absatz 9 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

20. § 85 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 7 werden die Wörter „sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen" gestrichen.

b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) Für die Vereinbarung der Vergütungen vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahr 2013 ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einmalig gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2012 die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2012 für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz, gewichtet nach den gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktmengen. Soweit Punktwerte für das Jahr 2012 bis zum 30. September 2012 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2011 unter Berücksichtigung des Absatzes 3g und unter Anwendung der um 0,5 Prozentpunkte verminderten für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate zugrunde gelegt. Erfolgt die Vergütung nicht auf der Grundlage von vereinbarten Punktwerten, legen die Vertragspartner nach Satz 1 für die jeweiligen Leistungsbereiche einen fiktiven Punktwert fest, der sich aus dem Verhältnis der abgerechneten Punktmenge zur vereinbarten Gesamtvergütung im Jahr 2012 ergibt. Die Partner der Gesamtverträge passen die für das Jahr 2012 vereinbarte Gesamtvergütung auf der Grundlage der nach den Sätzen 1 bis 3 festgestellten Punktwerte an und legen diese als Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013 zugrunde."

c) Absatz 2b wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Verän-

derungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu berücksichtigen. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen. Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Satz 1 für das Jahr 2013 sind die gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach sachlich-rechnerischer Berichtigung angemessen zu berücksichtigen."

e) Die Absätze 3a bis 3e werden aufgehoben.

f) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Sie wendet dabei in der vertragszahnärztlichen Versorgung den im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragszahnärzte zugrunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 Satz 1 vorzusehen. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung."

g) Absatz 4a wird aufgehoben.

21. § 85c wird aufgehoben.

22. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist."

b) In Absatz 2b Satz 1 werden die Wörter „sind als Versichertenpauschalen abzubilden" durch die Wörter „sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden" ersetzt und wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst: „für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen."

c) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 zweiter Halbsatz wird nach dem Wort „Leistungserbringung" ein Komma und werden die Wörter „einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 6," eingefügt.

bb) In Satz 4 wird das Wort „wird" durch das Wort „kann" ersetzt und nach dem Wort „vergütet" das Wort „werden" eingefügt.

d) Absatz 2d wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden im ersten Halbsatz die Wörter „2b und 2c genannten" durch die Wörter „2a bis 2c genannten Leistungen und" ersetzt und im zweiten Halbsatz die Wörter „insbesondere gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2" gestrichen.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

e) Absatz 2e wird wie folgt gefasst:

„(2e) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist jährlich bis zum 31. August ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen."

f) Absatz 2f wird aufgehoben.

g) Absatz 2g wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „der Orientierungswerte" durch die Wörter „des Orientierungswertes" ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird nach dem Komma am Ende das Wort „sowie" eingefügt.

cc) In Nummer 3 wird das Wort „sowie" gestrichen.

dd) Nummer 4 wird aufgehoben.

h) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Beratungen des Bewertungsausschusses einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich. Die Vertraulichkeit gilt auch für die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen im Bewertungsausschuss dienenden Unterlagen der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses."

i) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. Absatz 6 gilt entsprechend."

j) In Absatz 3b Satz 1 werden die Wörter „§ 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8“ durch die Wörter „den §§ 87, 87a und 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a“ ersetzt.

k) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend; auch für die Unterlagen der unparteiischen Mitglieder gilt Vertraulichkeit.“

l) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialärztlichen Versorgung nach § 116b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen.“

m) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Die Beschlüsse und die entscheidungserheblichen Gründe sind im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen; falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.“

n) Die Absätze 7 bis 9 werden aufgehoben.

23. § 87a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „ab 1. Januar 2009“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Wörter „des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2e“, die Wörter „Punktwerte, die“ durch die Wörter „einen Punktwert, der“ und wird das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „auf“ das Wort „den“ eingefügt und werden die Wörter „den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Wörter „dem Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e“ ersetzt.

cc) Satz 3 wird aufgehoben.

dd) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden.“

ee) Der bisherige Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Aus dem vereinbarten Punktwert nach diesem Absatz und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „den nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten“ durch die Wörter „dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „nach Maßgabe der Kriterien“ durch die Wörter „unter Berücksichtigung der Empfehlungen“ und wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Grundlage der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs jeweils aufsetzend auf dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung;

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf nach Satz 1 für eine Krankenkasse ist ihr jeweiliger Anteil an dem insgesamt

für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf entsprechend ihres aktuellen Anteils an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anzupassen. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf der Grundlage demographischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden.“

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „ein Verfahren“ durch das Wort „Empfehlungen“ ersetzt.

bbb) In Nummer 1 wird das Wort „Bestimmung“ durch das Wort „Vereinbarung“ ersetzt.

ccc) In Nummer 2 wird das Wort „Bestimmung“ durch das Wort „Vereinbarung“ und wird die Angabe „Absatz 4 Nr. 1“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

ddd) In Nummer 3 werden die Wörter „Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4“ durch die Wörter „Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5“ ersetzt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei der Empfehlung teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsraten, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demographischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Veränderungsraten werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Nummer 2.3 bestimmt mit der Maßgabe, die Datengrundlagen zu aktualisieren. Zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. Der Bewertungsausschuss kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln.“

cc) Die bisherigen Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 beschließen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September.“

g) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Bewertungsausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 2012 Vorgaben zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses, welches den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 die jeweils erforderlichen Datengrundlagen bis zum 30. Juni eines jeden Jahres zur Verfügung stellt; § 87 Absatz 3f Satz 2 gilt entsprechend“.

24. § 87b wird wie folgt gefasst:

„§ 87b
Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.

(2) Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der

Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. Darüber hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.

(5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.“

25. § 87c wird wie folgt gefasst:

„§ 87c
Transparenz der Vergütung
vertragsärztlicher Leistungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht für jedes Quartal zeitnah nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraums sowie für jede Kassenärztliche Vereinigung einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und je Arztgruppe. Zusätzlich ist über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu informieren, um mögliche regionale Honorarunterschiede zu erklären. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die erforderlichen Daten. Das Nähere bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

26. § 87d wird wie folgt gefasst:

„§ 87d
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
im Jahr 2012

(1) Für das Jahr 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Der in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannte Punktwert wird für das Jahr 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für das Jahr 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf den Orientierungswert nicht vereinbart werden.

(2) Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2011 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 Prozent erhöht wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Der sich aus Satz 1 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 wird mit dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Punktwert in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 2, 4 und 5 werden für das Jahr 2012 nicht angewendet.“

27. § 90 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„In den Landesausschüssen wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

b) Die folgenden Absätze 5 und 6 werden angefügt:

„(5) Die Aufsicht über die Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. § 87 Absatz 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(6) Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. Diese können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. § 94 Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

28. Nach § 90 wird folgender § 90a eingefügt:

„§ 90a
Gemeinsames Landesgremium

(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen."

29. § 91 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die in den vorangegangenen drei Jahren nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren."

bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen neuen Vorschlag vor. Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages nach Satz 5 auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit."

cc) Der neue Satz 15 wird wie folgt gefasst:

„Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre; eine weitere Amtszeit der Unparteiischen ist ab der am 1. Juli 2018 beginnenden Amtszeit ausgeschlossen."

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach Absatz 1 Satz 1 benannt worden sind. Bei Beschlüssen, die allein zwei der drei Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 die Stimmen der von der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisation benannten Mitglieder anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von den betroffenen Leistungserbringerorganisationen benannt worden sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Geschäftsordnung erstmals bis zum 31. Januar 2012 fest, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen. Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird die Stimme des von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieds ab dem 1. Januar 2012 anteilig auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen."

c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 139c Abs. 1" durch die Angabe „§ 139c" ersetzt.

d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen."

e) In Absatz 6 werden die Wörter „und zu Empfehlungen nach § 137f" gestrichen.

f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bisher zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neun Stimmen."

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die nichtöffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden

Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.“

g) Absatz 9 wird durch die folgenden Absätze 9 und 10 ersetzt:

„(9) Jedem, der berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, ist in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.“

30. § 92 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1b wird die Angabe „§ 134 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 134a Absatz 1“ ersetzt.

b) In Absatz 7a werden die Wörter „den in § 128 Abs. 1 Satz 4 genannten Organisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene“ durch die Wörter „den in § 126 Absatz 1a Satz 3 genannten Organisationen der Leistungserbringer und den Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene“ ersetzt.

c) Nach Absatz 7c werden die folgenden Absätze 7d bis 7f eingefügt:

„(7d) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und 137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7e) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht. Es wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

(7f) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 137 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 1a ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.“

31. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.“

bb) Der bisherige Satz 6 wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 12 Absatz 1] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 werden die Wörter „juristischen Person des Privatrechts“ durch die Wörter „Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ ersetzt.

bb) In Satz 8 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Absatz 9b gilt entsprechend“ eingefügt.

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „des Absatzes 1a Satz 1“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis

zum … [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 12 Absatz 1] nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht."

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Verzichts" ein Komma und werden die Wörter „mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes" eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Auflösung" ein Komma und werden die Wörter „dem Ablauf des Befristungszeitraumes" eingefügt.

f) Nach Absatz 9a wird folgender Absatz 9b eingefügt:

„(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung."

32. § 95d Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden vor der Angabe „§ 119b" die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach" eingefügt.

b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 119b" die Wörter „§ 105 Absatz 5 oder nach" eingefügt.

c) In Satz 4 werden vor der Angabe „§ 119b" die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach" eingefügt.

d) In Satz 6 werden die Wörter „hat das zugelassene medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt" durch das Wort „wird" und die Wörter „den Fortbildungsnachweis" durch die Wörter „der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2" ersetzt.

33. § 98 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 12 wird wie folgt gefasst:

„12. die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen,".

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Absatz 2 Nummer 12 gilt nicht für die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte."

34. § 99 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden" gestrichen.

bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Den zuständigen Landesbehörden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden."

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt auch für den Fall, dass kein Einvernehmen darüber besteht, wie einer Beanstandung des Bedarfsplans abzuhelfen ist."

35. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 2a und 2b eingefügt:

„2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten spezialärztlichen Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,

2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden,".

bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „Wahrung der Qualität" durch das Wort „Gewährleistung" ersetzt und werden nach dem Wort „sind," die Wörter „um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken," eingefügt.

bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird."

cc) In Satz 7 wird das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Wort „entsprechend" die Wörter „und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte" eingefügt.

dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Erbringen die in Satz 7 genannten Ärzte spezialärztliche Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „Satz 3 und 4“ werden durch die Wörter „Satz 4 und 5“ ersetzt.

bbb) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „; dabei ist insbesondere die demographische Entwicklung zu berücksichtigen“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

c) In Absatz 6 wird die Angabe „Nr. 3 bis 5“ durch die Wörter „Nummer 2a, 2b, 3, 4 und 5“ ersetzt.

36. § 103 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Erreichen der Altersgrenze,“ gestrichen.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Zulassung“ ein Semikolon und werden die Wörter „Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet“ eingefügt.

cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die berufliche Eignung,
2. das Approbationsalter,
3. die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,
4. eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,
5. ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,
6. ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,
7. ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen.“

dd) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nach Satz 5 Nummer 3 wird verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist.“

b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“

c) Dem Absatz 4b wird folgender Satz angefügt:

„§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“

d) Nach Absatz 4b werden die folgenden Absätze 4c und 4d eingefügt:

„(4c) Der Kassenärztlichen Vereinigung steht bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen nach Absatz 4 Satz 1 ein Vorkaufsrecht an der Praxis zu, wenn der Zulassungsausschuss nach Absatz 4 Satz 4 einen Nachfolger ausgewählt hat. Dieses Vorkaufsrecht ist nicht übertragbar und gegenüber dem Vorkaufsrecht nach Absatz 4d vorrangig. Gegenüber vertraglich begründeten Vorkaufsrechten ist das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung nur dann vorrangig, wenn diese nach dem 31. Dezember 2011 vereinbart worden sind. Die Ausübung des Vorkaufsrechts ist ausgeschlossen, wenn der Nachfolger dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Vor Erteilung einer vertragsärztlichen Zulassung an den Nachfolger hat der Zulassungsausschuss seine Auswahlentscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung und dem ausscheidenden Vertragsarzt oder seinem zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben (Verpflichteten) mitzuteilen. Der Verpflichtete hat der Kassenärztlichen Vereinigung den Inhalt des mit dem ausgewählten Nachfolger geschlossenen Kaufvertrags unverzüglich mitzuteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann das Vorkaufsrecht innerhalb einer Frist von einem Monat ab Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung gegenüber dem Verpflichteten durch Verwaltungsakt ausüben. Ist der Kaufvertrag unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren zugelassen wird, gilt diese Zulassung in Ansehung des Vorkaufsrechts nach Satz 1 mit der Auswahlentscheidung als erteilt. Die §§ 463, 464 Absatz 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. Abweichend hiervon gilt für den von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Kaufpreis Absatz 4 Satz 8 entsprechend. Nach Ausübung des Vorkaufsrechts ist eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes ausgeschlossen.

(4d) Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung nach Absatz 4 Satz 1 von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. Hat der Zulassungsausschuss bei der Auswahlentscheidung nach Absatz 4 Satz 4 ein medizinisches Versorgungszentrum ausgewählt, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, steht den übrigen Bewerbern ein Vorkaufsrecht an der Praxis zu. Dies gilt nicht, wenn das medizinische Versorgungszentrum am 31. De-

zember 2011 zugelassen war und die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den Vertragsärzten lag. Das Vorkaufsrecht der übrigen Bewerber ist gegenüber vertraglich begründeten Vorkaufsrechten nur dann vorrangig, wenn diese nach dem 31. Dezember 2011 vereinbart worden sind. Der Zulassungsausschuss hat zusammen mit der Auswahlentscheidung für das medizinische Versorgungszentrum unter den übrigen Bewerbern denjenigen auszuwählen, der das Vorkaufsrecht vorrangig ausüben und für diesen Fall den Vertragsarztsitz fortführen darf (Berechtigter). Für die Auswahl des Berechtigten gilt Absatz 4 Satz 4 bis 8 entsprechend. Die getroffenen Auswahlentscheidungen werden den übrigen Bewerbern und dem Verpflichteten mitgeteilt. Der Verpflichtete hat dem Berechtigten den Inhalt des mit dem medizinischen Versorgungszentrum geschlossenen Kaufvertrags unverzüglich mitzuteilen. Das Vorkaufsrecht ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Monat seit dem Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung durch schriftliche Erklärung auszuüben. Ist der Kaufvertrag unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren zugelassen wird, gilt diese Zulassung in Ansehung des Vorkaufsrechts nach Satz 3 mit der Auswahlentscheidung als erteilt. Die §§ 463, 464 Absatz 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. Wenn das Vorkaufsrecht nicht innerhalb der Ausschlussfrist ausgeübt wird, unterrichtet der Zulassungsausschuss den nächsten Vorkaufsberechtigten. Für das weitere Verfahren gelten die Sätze 6 bis 13 entsprechend."

37. § 105 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die in den Einrichtungen nach Satz 2 erbrachten ärztlichen Leistungen sind aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten."

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden, einen Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden."

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „vom zweiundsechzigsten Lebensjahr an" gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist eine finanzielle Förderung auch durch den Aufkauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung möglich, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 verzichtet wird."

d) Absatz 4 Satz 3 und 4 wird aufgehoben.

e) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Kommunale Träger können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. § 95 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden."

38. § 106 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 15 wird die Angabe „11" durch die Angabe „12" ersetzt.

bb) Nach Satz 17 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verordnung der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel unterliegt nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Satz 1."

b) Absatz 5a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 7 wird nach der Angabe „§ 84 Abs. 6" die Angabe „und 8" eingefügt.

bb) In Satz 12 werden die Wörter „, soweit dabei die Bestimmungen zur Verordnung dieser Arzneimittel nach § 73d berücksichtigt sind" gestrichen.

c) In Absatz 5c Satz 7 werden die Wörter „Überschreitung des Richtgrößenvolumens" durch die Wörter „Festsetzung eines Betrags nach Satz 1" ersetzt.

d) Nach Absatz 5d wird folgender Absatz 5e eingefügt:

„(5e) Abweichend von Absatz 5a Satz 3 erfolgt bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent eine individuelle Beratung nach Absatz 5a Satz 1. Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Im Rahmen der Beratung nach Satz 1 können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine

Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach Absatz 5a droht. Das Nähere zur Umsetzung der Sätze 1 bis 5 regeln die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4.“

39. § 111b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „stationären“ gestrichen.

b) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „§ 111 Absatz 5 Satz 1“ die Wörter „oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1“ eingefügt.

40. Nach § 111b wird folgender § 111c eingefügt:

„§ 111c
Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in § 40 Absatz 1 genannten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen,

1. für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht und

2. die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation notwendig sind. Soweit es für die Erbringung wohnortnaher ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, können Verträge nach Satz 1 auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die die in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, ohne dass für sie ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.

(2) § 109 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.“

41. § 112 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 6 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 7.“

42. § 116 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können“ durch die Wörter „Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Satz 3 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen,“ und wird das Wort „Krankenhausträgers“ durch die Wörter „jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist,“ ersetzt.

b) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausärzten“ durch die Wörter „Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen“ ersetzt.

43. In § 116a werden vor dem Wort „festgestellt“ die Wörter „nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3“ eingefügt und werden die Wörter „Deckung der Unterversorgung“ durch die Wörter „Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs“ ersetzt.

44. § 116b wird wie folgt gefasst:

„§ 116b
Ambulante spezialärztliche Versorgung

(1) Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, bestimmte ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie

a) onkologische Erkrankungen,

b) HIV/AIDS,

c) schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen,

d) schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),

e) Multiple Sklerose,

f) Anfallsleiden,

g) Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,

h) Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder

i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;

2. seltene Erkrankungen wie
   a) Tuberkulose,
   b) Mukoviszidose,
   c) Hämophilie,
   d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
   e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
   f) biliäre Zirrhose,
   g) primär sklerosierende Cholangitis,
   h) Morbus Wilson,
   i) Transsexualismus,
   j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
   k) Marfan-Syndrom,
   l) pulmonale Hypertonie,
   m) Kurzdarmsyndrom oder
   n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation;
3. ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss diese entsprechend den Anforderungen nach Satz 1 und den Maßgaben nach Absatz 5 der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zuordnet, sowie
4. hochspezialisierte Leistungen wie
   a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
   b) Brachytherapie.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 3 bis 5 erfüllen und dies gegenüber der zuständigen Landesbehörde unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6 und 7 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese der zuständigen Landesbehörde im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, die zuständige Landesbehörde teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. Nach Satz 3 berechtigte Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137. Zudem regelt er, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 6 und 7 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen. Im Übrigen gilt Absatz 3 entsprechend.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss benennt und konkretisiert in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2012 ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3. Er hat danach weitere ambulant durchführbare Operationen und stationsersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 in die ambulante spezialärztliche Versorgung einzubeziehen. Für die Regelungen nach den Sätzen 1 und 2 gilt Absatz 3 entsprechend.

(6) Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Hierzu vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 3 bis 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der berechenbaren Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. Soweit dazu Veranlassung besteht, ist bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 über eine Ergänzung der Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 5a zu beschließen. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen können. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 6 gilt entsprechend. Der notwendige Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 ist in den Vereinbarungen nach § 87a um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind.

(7) Die ambulante spezialärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Die Krankenkassen stellen die Vordrucke zur Verfügung. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c, 5d durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

(8) Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 geregelt hat, spätestens ein Jahr nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung vergütet.“

45. Dem § 127 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 zu Grunde zu legen.“

46. § 128 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können.“

b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„In diesen Fällen ist auch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren. Gleiches gilt, wenn Krankenkassen Hinweise auf die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen oder auf eine unzulässige Beeinflussung von Versicherten nach Absatz 5a vorliegen.“

c) Nach Absatz 5 werden die folgenden Absätze 5a und 5b eingefügt:

„(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.

(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.“

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Abgabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.

47. In § 130a Absatz 4 Satz 7 werden die Wörter „§ 137g Absatz 1 Satz 8 bis 10 und 14“ durch die Wörter „§ 137g Absatz 1 Satz 7 bis 9 und 13“ ersetzt.

48. § 130b wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verhandlungen und deren Vorbereitung einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften zur Vereinbarung des Erstattungsbetrages sind vertraulich.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 1 Satz 10 gilt entsprechend.“

c) Dem Absatz 9 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 1 Satz 10 gilt entsprechend.“

49. Dem § 133 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) § 127 Absatz 6 gilt entsprechend.“

50. Dem § 134a Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen nach Satz 2 sind insbesondere Kostensteigerungen zu beachten, die die Berufsausübung betreffen.“

51. § 136 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „der §§ 87a bis 87c“ durch die Angabe „des § 87a“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „von den nach § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten“ durch die Wörter „von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert“ ersetzt.

52. In § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 116b Abs. 4 Satz 4 und 5“ durch die Wörter „§ 116b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.

53. In § 137a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 116b Abs. 4 Satz 4 und 5“ durch die Wörter „§ 116b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.

54. § 137c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Bund“ die Wörter „der Krankenkassen“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf.“

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e. Nach Abschluss der Erprobung erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf, wenn die Überprüfung unter Hinzuziehung der durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse ergibt, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht. Ist eine Richtlinie zur Erprobung nicht zustande gekommen, weil es an einer nach § 137e Absatz 6 erforderlichen Vereinbarung fehlt, gilt Satz 4 entsprechend.“

b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Richtlinie“ die Wörter „nach Absatz 1 Satz 2 oder 4“ und werden nach dem Wort „bleibt“ die Wörter „von einem Ausschluss nach Absatz 1 Satz 4“ eingefügt.

55. In § 137d Absatz 1 wird die Angabe „§ 40 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 111c Absatz 1“ ersetzt.

56. Nach § 137d wird folgender § 137e eingefügt:

„§ 137e
Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 oder § 137c zu der Feststellung, dass eine Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen. Auf Grund der Richtlinie wird die Untersuchungs-

oder Behandlungsmethode in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung oder der Früherkennung zu Lasten der Krankenkassen erbracht.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie nach Absatz 1 Satz 1 die in die Erprobung einbezogenen Indikationen und die sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung im Rahmen der Erprobung. Er legt zudem Anforderungen an die Durchführung, die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Erprobung fest. Für Krankenhäuser, die nicht an der Erprobung teilnehmen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 137 Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln.

(3) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können in dem erforderlichen Umfang an der Erprobung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode teilnehmen, wenn sie gegenüber der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 nachweisen, dass sie die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllen.

(4) Die von den Leistungserbringern nach Absatz 3 im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden diese durch Entgelte nach § 17b oder § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vergütet. Kommt für eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann, eine sich auf den gesamten Erprobungszeitraum beziehende Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegt. Bei Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, wird die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung durch die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 Satz 1 vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die erweiterte Schiedsstelle nach § 115 Absatz 3 innerhalb von sechs Wochen festgelegt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragt der Gemeinsame Bundesausschuss eine unabhängige wissenschaftliche Institution. Die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und der beauftragten Institution zur Verfügung zu stellen. Sofern hierfür personenbezogene Daten der Versicherten benötigt werden, ist vorher deren Einwilligung einzuholen. Für den zusätzlichen Aufwand im Zusammenhang mit der Durchführung der Erprobung erhalten die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer von der beauftragten Institution eine angemessene Aufwandsentschädigung.

(6) Beruht die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts, darf der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss zur Erprobung nach Absatz 1 nur dann fassen, wenn sich die Hersteller dieses Medizinprodukts oder Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter der Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, zuvor gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss bereiterklären, die nach Absatz 5 entstehenden Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung in angemessenem Umfang zu übernehmen. Die Hersteller oder sonstigen Unternehmen vereinbaren mit der beauftragten Institution nach Absatz 5 das Nähere zur Übernahme der Kosten.

(7) Unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 135 oder 137c können Hersteller eines Medizinprodukts, auf dessen Einsatz die technische Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode maßgeblich beruht, und Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen, dass dieser eine Richtlinie zur Erprobung der neuen Methode nach Absatz 1 beschließt. Der Antragsteller hat aussagekräftige Unterlagen vorzulegen, aus denen hervorgeht, dass die Methode hinreichendes Potential für eine Erprobung bietet sowie eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 abzugeben. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung auf der Grundlage der vom Antragsteller zur Begründung seines Antrags vorgelegten Unterlagen. Beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Erprobung, entscheidet er im Anschluss an die Erprobung auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse über eine Richtlinie nach § 135 oder 137c.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von Medizinprodukten und sonstige Unternehmen im Sinne von Absatz 7 Satz 1 zu den Voraussetzungen der Erbringung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkassen. Das Nähere einschließlich der Erstattung der für diese Beratung entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.“

57. § 137f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 nach Maßgabe von Satz 2 geeignete chronische Krankheiten“ durch die Wörter „legt in Richtlinien nach Maßgabe von Satz 2 geeignete chronische Krankheiten fest“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit für die

Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7“ durch die Wörter „erlässt Richtlinien zu den“ ersetzt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Zu regeln sind insbesondere Anforderungen an die

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 2 Nummer 1 und 2,
3. Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Aufbewahrungsfristen,
6. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation).

Soweit diese Anforderungen Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 hat seine Richtlinien regelmäßig zu überprüfen.“

c) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7“ durch die Wörter „den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „haben“ die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2“ und werden nach den Wörtern „externe Evaluation der“ die Wörter „für dieselbe Krankheit nach Absatz 1 zugelassenen“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände erstellen für die Programme zudem für jedes volle Kalenderjahr Qualitätsberichte nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2, die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorzulegen sind.“

e) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach Absatz 1 teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.“

58. § 137g wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Verträge die“ die Wörter „in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

cc) In dem neuen Satz 3 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Zulassung“ ersetzt.

dd) In dem neuen Satz 5 werden die Wörter „nach Satz 5“ durch die Wörter „nach Satz 4“ ersetzt.

ee) In dem neuen Satz 6 werden nach den Wörtern „an dem die“ die Wörter „in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und“ und nach den Wörtern „Inkrafttreten dieser“ die Wörter „Richtlinien und“ eingefügt.

ff) In dem neuen Satz 10 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

gg) In dem neuen Satz 11 werden die Wörter „nach den Sätzen 9 und 10“ durch die Wörter „nach den Sätzen 8 und 9“ und wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

hh) In dem neuen Satz 12 werden die Wörter „nach den Sätzen 9 und 10“ durch die Wörter „nach den Sätzen 8 und 9“ ersetzt.

b) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge sind unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres an Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen anzupassen. Satz 1 gilt entsprechend für Programme, deren Zulassung bei Inkrafttreten von Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen bereits beantragt ist. Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt die angepassten Verträge unverzüglich vorzulegen und es über die Anpassung der Programme unverzüglich zu unterrichten.

(3) Die Zulassung eines Programms ist mit Wirkung zum Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse

aufzuheben, wenn das Programm und die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge die rechtlichen Anforderungen nicht mehr erfüllen. Die Zulassung ist mit Wirkung zum Beginn des Bewertungszeitraums aufzuheben, für den die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 nicht gemäß den Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f durchgeführt wurde. Sie ist mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres aufzuheben, für das ein Qualitätsbericht nach § 137f Absatz 4 Satz 2 nicht fristgerecht vorgelegt worden ist."

59. § 140f Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b" gestrichen.

b) In Satz 3 werden die Wörter „diesen Gremien" durch die Wörter „diesem Gremium" ersetzt.

60. Dem § 155 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann."

61. § 171b wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 155 Absatz 2 Satz 5 gilt entsprechend, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat."

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „über" die Wörter „die Anzeige nach Absatz 2 Satz 1 und" eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich die Krankenkassen derselben Kassenart oder deren Landesverbände."

62. § 172 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen haben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Landesverband, dem sie angehören, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die diese zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich halten oder ihnen auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten."

63. In § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 werden nach dem Wort „Ehegatte" die Wörter „oder der Lebenspartner" eingefügt.

64. § 175 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „ablehnen" die Wörter „oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren" eingefügt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben werden kann. Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat."

65. Dem § 212 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Absatz 5 Satz 6, 8 und 9 gilt für die Krankenkassen der anderen Kassenarten entsprechend. Besteht in einem Land ein Landesverband, gilt abweichend von Satz 1 der Landesverband als Bevollmächtigter der Kassenart. Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Aufgaben eines Landesverbandes von einer Krankenkasse oder einem anderen Landesverband nach § 207 wahrgenommen werden. Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände, gelten diese in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich als Bevollmächtigte."

66. Dem § 217f wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten erforderlich sind, um die Leistungsansprüche der Versicherten sicherzustellen und die Leistungen abzurechnen."

67. § 221b wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Bundesregierung evaluiert die mit den Maßnahmen nach den §§ 85 und 87a Absatz 2 Satz 3 in der am … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014. Das Ergebnis der Evaluierungen nach Satz 1 wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich nach Absatz 1 Satz 2 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben."

68. In § 225 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „als hinterbliebener Ehegatte" die Wörter „oder hinterbliebener Lebenspartner" eingefügt.

69. § 232a Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 wird aufgehoben.

70. § 249 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „allgemeinen" die Wörter „oder ermäßigten" eingefügt.

   b) In Absatz 4 werden die Wörter „Beitragssatz der Krankenkasse" durch die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte allgemeine oder ermäßigte Beitragssatz" ersetzt.

71. Nach § 256 Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

   „Die Beitragsnachweise sind von den Zahlstellen durch Datenübertragung zu übermitteln; § 202 Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend."

72. § 257 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Hälfte des Betrages, der bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre" durch die Wörter „den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte" ersetzt.

      bb) Satz 3 wird aufgehoben.

   b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 bis 4 wie folgt gefasst:

      „Der Zuschuss wird in Höhe des Betrags gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten Beitragssatzes nach § 241 und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragsatzes nach § 241 der Beitragsatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrags zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat."

   c) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

      „Der Zuschuss wird in Höhe des Betrags gezahlt, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beziehers von Vorruhestandsgeld zu tragen hätte."

   d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

         „Der Zuschuss wird in Höhe des Betrags gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten Beitragssatzes nach § 243 und des Vorruhestandsgeldes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3) als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend."

      bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

73. In § 264 Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „§ 85a" durch die Angabe „§ 87a" ersetzt.

74. Dem § 265b Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

   „Die Verbände nach § 172 Absatz 2 Satz 1 haben den Krankenkassen nach Satz 1 auf Verlangen die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind."

75. § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

   „3. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung der Anforderungen an die Zulassung der Programme nach § 137g hinsichtlich des Verfahrens der Einschreibung der Versicherten einschließlich der Dauer der Teilnahme und des Verfahrens der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten,".

76. In § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a wird die Angabe „§ 53 Abs. 5" durch die Wörter „§ 11 Absatz 6 und § 53" ersetzt.

77. Nach § 271 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

   „(2a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve gewähren, wenn dies erforderlich ist, um Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind. Das Darlehen ist innerhalb von

sechs Monaten zurückzuzahlen. Das Nähere zur Darlehensgewährung, Verzinsung und Rückzahlung regelt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen."

78. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 12 werden die Wörter „den §§ 85c und 87a bis 87c" durch die Angabe „dem § 87a" ersetzt.

79. Dem § 285 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auch untereinander übermitteln, soweit dies im Rahmen eines Auftrags nach § 77 Absatz 6 Satz 2 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches erforderlich ist. Versichertenbezogene Daten sind vor ihrer Übermittlung zu pseudonymisieren."

80. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhäuser" durch das Wort „Leistungserbringer" ersetzt und wird nach dem Wort „ambulanten" das Wort „spezialärztlichen" eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Datenübermittlung" die Wörter „der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen Behandlung teilnehmen, sowie" eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7" durch die Wörter „den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f" ersetzt.

c) In Absatz 2a werden nach dem Wort „haben" ein Komma und nach dem Wort „ambulanten" das Wort „spezialärztlichen" eingefügt und wird das Wort „Krankenhäuser" durch das Wort „Leistungserbringer" ersetzt.

d) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.

81. § 300 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen".

b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch für Apotheken und weitere Anbieter, die sonstige Leistungen nach § 31 sowie Impfstoffe nach § 20d Absatz 1 und 2 abrechnen, im Rahmen der jeweils vereinbarten Abrechnungsverfahren."

c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Arzneimitteln" durch die Wörter „Leistungen nach § 31" ersetzt.

82. Dem § 302 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen Regelungen zur Abrechnung der Leistungen getroffen haben, die von den Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 abweichen, sind die Rahmenempfehlungen maßgeblich."

83. Die §§ 303a bis 303f werden durch folgende §§ 303a bis 303e ersetzt:

„§ 303a
Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz

(1) Die Aufgaben der Datentransparenz werden von öffentlichen Stellen des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und Datenaufbereitungsstelle nach § 303d wahrgenommen. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zur Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz eine öffentliche Stelle des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und eine öffentliche Stelle des Bundes als Datenaufbereitungsstelle nach § 303d.

(2) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist auch das Nähere zu regeln

1. zum Datenumfang,
2. zu den Verfahren der in den §§ 303a bis 303e vorgesehenen Datenübermittlungen,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung (§ 303c Absatz 2),
4. zu den Kriterien für die ausnahmsweise pseudonymisierte Bereitstellung von Daten (§ 303e Absatz 3 Satz 3).

(3) Die Kosten, die den öffentlichen Stellen nach Absatz 1 durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen, tragen die Krankenkassen nach der Zahl ihrer Mitglieder. Das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2.

§ 303b
Datenübermittlung

Das Bundesversicherungsamt übermittelt die nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 erhobenen Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c. Die Daten sollen übermittelt werden, nachdem die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität durch das Bundesversicherungsamt abgeschlossen ist.

§ 303c
Vertrauensstelle

(1) Die Vertrauensstelle überführt die ihr nach § 303b übermittelte Liste der Pseudonyme nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren, das im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen ist, in periodenübergreifende Pseudonyme.

(2) Es ist ein schlüsselabhängiges Verfahren vorzusehen und das periodenübergreifende Pseudonym ist so zu gestalten, dass für alle Leistungsbereiche ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Daten zu dem Versicherten, der Leistungen in An-

spruch genommen hat, hergestellt werden kann. Es ist auszuschließen, dass Versicherte durch die Verarbeitung und Nutzung der Daten bei der Vertrauensstelle, der Datenaufbereitungsstelle oder den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303e Absatz 1 wieder identifiziert werden können.

(3) Die Vertrauensstelle hat die Liste der periodenübergreifenden Pseudonyme der Datenaufbereitungsstelle zu übermitteln. Nach der Übermittlung dieser Liste an die Datenaufbereitungsstelle hat sie die Listen mit den temporären und den periodenübergreifenden Pseudonymen bei sich zu löschen.

(4) Die Vertrauensstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. Sie unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 303d
Datenaufbereitungsstelle

(1) Die Datenaufbereitungsstelle hat die ihr vom Bundesversicherungsamt und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten zur Erstellung von Datengrundlagen für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke aufzubereiten und den in § 303e Absatz 1 genannten Nutzungsberechtigten zur Verfügung zu stellen. Die Datenaufbereitungsstelle hat die Daten zu löschen, sobald diese für die Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind.

(2) Die Datenaufbereitungsstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. Sie unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 303e
Datenverarbeitung und -nutzung

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von folgenden Institutionen verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen,
3. den Krankenkassen,
4. den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
6. den Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder,
7. den Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung,
8. den Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen,
9. dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
10. dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
11. dem Institut des Bewertungsausschusses,
12. der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
13. den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
14. der Institution nach § 137a Absatz 1 Satz 1,
15. dem Institut nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (DRG-Institut),
16. den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen und den übrigen obersten Bundesbehörden.

(2) Die nach Absatz 1 Berechtigten können die Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten und nutzen:

1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Planung von Leistungsressourcen (zum Beispiel Krankenhausplanung),
4. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, Analysen des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),
5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
6. Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.

Die nach § 303a Absatz 1 bestimmte Datenaufbereitungsstelle regelt bis zum 31. Dezember 2012 die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren. Die Regelung ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

(3) Die Datenaufbereitungsstelle hat bei Anfragen der nach Absatz 1 Berechtigten zu prüfen, ob der Zweck zur Verarbeitung und Nutzung der Daten dem Katalog nach Absatz 2 entspricht und ob der Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck ausreichend und erforderlich sind. Die Daten werden anonymisiert zur Verfügung gestellt. Ausnahmsweise werden die Daten pseudonymisiert bereitgestellt, wenn dies für den angestrebten Zweck erforderlich ist. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Antragsteller mitzuteilen und zu begründen.“

84. Folgender § 321 wird angefügt:

„§ 321
Übergangsregelung für die Anforderungen
an die strukturierten Behandlungsprogramme
nach § 137g Absatz 1

Die in § 28b Absatz 1, den §§ 28c, 28e sowie in den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g Absatz 1 für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen gelten jeweils weiter bis zum Inkrafttreten der für die jeweilige Krankheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137f Absatz 2 zu erlassenden Richtlinien. Die in § 28f Absatz 1 Nummer 3 und Absatz 1a und § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zu regelnden Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen. Die in § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 zu regelnden Anforderungen an die Evaluation.“

Artikel 2
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 35a Absatz 7 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Verstößt ein Mitglied des Vorstandes in grober Weise gegen seine Amtspflichten und kommt ein Beschluss des Verwaltungsrates nach § 59 Absatz 3 Satz 1 nicht innerhalb einer angemessenen Frist zustande, hat die Aufsichtsbehörde dieses Mitglied seines Amtes zu entheben. Rechtsbehelfe gegen die Amtsenthebung haben keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 3
Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch

Das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 23. Mai 2011 (BGBl. I S. 898) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 66 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

   „Abweichend von Satz 1 vollstrecken die nach Landesrecht zuständigen Vollstreckungsbehörden zugunsten der landesunmittelbaren Krankenkassen nach den Vorschriften des Verwaltungs-Vollstreckungsgesetzes.“

2. In § 75 Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

   „Die oberste Bundesbehörde kann das Genehmigungsverfahren bei Anträgen von Versicherungsträgern nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches auf das Bundesversicherungsamt übertragen.“

Artikel 4
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 35 wird folgender Satz angefügt:

   „§ 19 Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.“

2. § 40 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

   „(5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in den §§ 23 und 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf

Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.“

Artikel 5
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 39 Absatz 4 werden die Wörter „Beiträge; für die Bemessung der Beiträge gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ durch die Wörter „den Beitrag, den der Arbeitgeber bei einer Versicherungspflicht nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu tragen hätte“ ersetzt.
2. In § 50 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „Satz 2 bis 5“ ersetzt.

Artikel 6
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 10 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

   „Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.“
2. Dem § 17a Absatz 4b wird folgender Satz angefügt:

   „Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.“
3. In § 17b Absatz 2 Satz 8 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich“ eingefügt.

Artikel 7
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 3 werden vor dem Komma die Wörter „oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
   b) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
   c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

      „6. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
2. § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

   „a) unveränderbarer Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, sofern eine Krankenversichertennummer nicht besteht, das krankenhausinterne Kennzeichen des Behandlungsfalles,“.

Artikel 8
Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 2 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 3 werden vor dem Komma die Wörter „oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
2. Folgende Nummer 4 wird angefügt:

   „4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 9
Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes von 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 12 Absatz 3 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Ist es auf Grund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, sind die Abweichungen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen. Sieht das Landesrecht die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor und sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt werden, sind die sich daraus ergebenden Besonderheiten ebenfalls darzustellen.“
2. § 13 Absatz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

   „(2) Die zuständigen Landesbehörden sind über die Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne rechtzeitig zu unterrichten, damit ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können.

   (3) Die aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zuzuleiten. Sie sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen, die

sie innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden können."

3. § 14 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

      „Satz 1 gilt auch für den Fall, dass der Bedarfsplan von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde beanstandet wurde und einer der Beteiligten den Landesausschuss angerufen hat."

   b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

      „(2) Der Landesausschuss hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde an seinen Beratungen zu beteiligen. Wurde der Landesausschuss zur Entscheidung angerufen, legt er den beschlossenen Bedarfsplan mit dem Ergebnis der Beratungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde im Rahmen der Rechtsaufsicht vor. Wird eine Nichtbeanstandung mit Auflagen verbunden, ist zu deren Erfüllung erneut zu beraten und bei Änderungen des Bedarfsplans erneut zu entscheiden. Beanstandet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde den Bedarfsplan oder erlässt sie den Bedarfsplan an Stelle des Landesausschusses selbst, ist der beanstandete oder selbst erlassene Bedarfsplan dem Landesausschuss sowie der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit der Begründung für die Beanstandung oder die Ersatzvornahme zuzuleiten."

4. § 18 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

   „(2) Ferner sind beizufügen:

   1. ein Lebenslauf,
   2. ein polizeiliches Führungszeugnis,
   3. Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
   4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
   5. eine Erklärung des Arztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen."

5. Dem § 19 wird folgender Absatz 4 angefügt:

   „(4) In einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad ab 100 Prozent kann der Zulassungsausschuss die Zulassung befristen."

6. § 20 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

   „Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten."

7. § 21 wird wie folgt gefasst:

   „§ 21

   Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung."

8. § 24 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

   b) In Absatz 3 Satz 1 wird nach dem Wort „wird" ein Semikolon und werden die Wörter „geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden" eingefügt.

   c) In Absatz 7 werden die Wörter „Zulassungsausschuß hat" durch die Wörter „Zulassungsausschuss darf" und wird das Wort „zu" durch das Wort „nur" ersetzt.

9. § 31 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

   „(1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

   1. eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzuwenden oder einen nach § 100 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder

2. einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.“

10. § 31a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Zulassungsausschüsse können Ärzte, die

1. in einem Krankenhaus,

2. in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vorsorgevertrag nach § 111 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, oder

3. nach § 119b Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einer stationären Pflegeeinrichtung

tätig sind, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit sie über eine entsprechende abgeschlossene Weiterbildung verfügen und der Träger der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, zustimmt.“

bb) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausärzten“ durch die Wörter „Ärzten nach Satz 1“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhausarztes“ durch die Wörter „Arztes nach Absatz 1 Satz 1“ und werden die Wörter „das Krankenhaus gelegen ist“ durch die Wörter „die Einrichtung liegt, in der der Arzt tätig ist“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausträgers“ durch die Wörter „Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist,“ ersetzt.

11. § 32 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt und werden die Wörter „; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Übrigen darf der Vertragsarzt einen Vertreter oder einen Assistenten nur beschäftigen,

1. wenn dies im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt,

2. während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss, und

3. während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.“

bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung kann die in Satz 2 Nummer 2 und 3 genannten Zeiträume verlängern. Für die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten ist die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich.“

12. Dem § 32b wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Auf Antrag des Vertragsarztes ist eine nach Absatz 2 genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.“

13. Dem § 33 Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Berufsausübungsgemeinschaften dürfen nicht gegründet werden, um Bestimmungen über eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern zu umgehen. Eine Umgehung des Verbots, Versicherte gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzuweisen, ist insbesondere dann anzunehmen, wenn der Gewinn aus der gemeinsamen Berufsausübung ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der jeweils persönlich erbrachten Leistungen entspricht.“

Artikel 10

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 40 des Gesetzes von 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Universitätszahnklinik“ die Wörter „oder einer Zahnstation der Bundeswehr“ eingefügt.

2. § 12 Absatz 3 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ist es auf Grund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, sind die Abweichungen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen. Sieht das Landesrecht die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor und sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt werden, sind die sich daraus ergebenden Besonderheiten ebenfalls darzustellen.“

3. § 13 Absatz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die zuständigen Landesbehörden sind über die Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne rechtzeitig zu unterrichten, damit ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können.

(3) Die aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Zahnärzte und Krankenkassen zuzuleiten. Sie sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen, die sie innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden können.“

4. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt auch für den Fall, dass der Bedarfsplan von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde beanstandet wurde und einer der Beteiligten den Landesausschuss angerufen hat.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Landesausschuss hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde an seinen Beratungen zu beteiligen. Wurde der Landesausschuss zur Entscheidung angerufen, legt er den beschlossenen Bedarfsplan mit dem Ergebnis der Beratungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde im Rahmen der Rechtsaufsicht vor. Wird eine Nichtbeanstandung mit Auflagen verbunden, ist zu deren Erfüllung erneut zu beraten und bei Änderungen des Bedarfsplans erneut zu entscheiden. Beanstandet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde den Bedarfsplan oder erlässt sie den Bedarfsplan an Stelle des Landesausschusses selbst, ist der beanstandete oder selbst erlassene Bedarfsplan dem Landesausschuss sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit der Begründung für die Beanstandung oder die Ersatzvornahme zuzuleiten.“

5. § 18 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Ferner sind beizufügen:

1. ein Lebenslauf,
2. ein polizeiliches Führungszeugnis,
3. Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
5. eine Erklärung des Zahnarztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.“

6. § 20 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Zahnarzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragszahnärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.“

7. § 21 wird wie folgt gefasst:

„§ 21

Ungeeignet für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist ein Zahnarzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragszahnärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“

8. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.

b) In Absatz 3 Satz 1 wird nach dem Wort „wird“ ein Semikolon und werden die Wörter „geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden“ eingefügt.

c) In Absatz 7 werden die Wörter „Zulassungsausschuß hat“ durch die Wörter „Zulassungsausschuss darf“ und wird das Wort „zu“ durch das Wort „nur“ ersetzt.

9. § 31 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Zahnärzte hinaus weitere Zahnärzte oder in besonderen Fällen zahnärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

1. eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzuwenden oder einen nach § 100 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder

2. einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.“

10. § 32 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt und werden die Wörter „ ; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt einen Vertreter oder einen Assistenten mit vorheriger Genehmigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung nur beschäftigen

1. aus Gründen der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung,

2. während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss,

3. während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann die genannten Zeiträume verlängern.“

11. § 32b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird das Wort „Arzt“ durch das Wort „Zahnarzt“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Auf Antrag des Vertragszahnarztes ist eine nach Absatz 2 genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des angestellten Zahnarztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragszahnarzt nicht zugleich bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wird der bisher angestellte Zahnarzt Inhaber der Zulassung.“

12. Dem § 33 Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Berufsausübungsgemeinschaften dürfen nicht gegründet werden, um Bestimmungen über eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärzten und anderen Leistungserbringern zu umgehen. Eine Umgehung des Verbots, Versicherte gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzuweisen, ist insbesondere dann anzunehmen, wenn der Gewinn aus der gemeinsamen Berufsausübung ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der jeweils persönlich erbrachten Leistungen entspricht.“

Artikel 11
Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 28b und 28c werden aufgehoben.

2. § 28d wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 28d
Anforderungen an das Verfahren
der Einschreibung der Versicherten
in ein strukturiertes Behandlungsprogramm
nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
einschließlich der Dauer der Teilnahme“.

b) In Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter „nach Ziffer 3 in Verbindung mit Ziffer 1.2 der Anlagen 1, 3, 5, 7, 9 und 11“ durch die Wörter „nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt und werden die Wörter „und der Erstdokumentation nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“ gestrichen.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „nach § 28f“ durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

bb) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe b werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12“ durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

bbb) In Buchstabe c werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“ durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt und werden die Wörter „ , die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen,“ gestrichen.

d) Absatz 2a wird aufgehoben.

3. § 28e wird aufgehoben.

4. § 28f wird wie folgt geändert:

   a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

      „§ 28f
      Anforderungen an das Verfahren
      der Erhebung und Übermittlung
      der für die Durchführung der Programme
      nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
      erforderlichen personenbezogenen Daten“.

   b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

         aaa) Die Wörter „in Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder in Anlage 4“ werden durch die Wörter „in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

         bbb) Die Angaben „nach § 28b“, „nach § 28c“, „nach § 28e“ und „nach § 28g“ werden gestrichen.

         ccc) Nach dem Wort „Evaluation“ werden die Wörter „jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

         ddd) Das Komma am Ende wird durch das Wort „und“ ersetzt.

      bb) In Nummer 2 wird das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt ersetzt.

      cc) Nummer 3 wird aufgehoben.

   c) Absatz 1a wird aufgehoben.

   d) Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Buchstabe a werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“ durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

      bb) In Buchstabe c werden die Angaben „nach § 28c“ und „nach § 28g“ gestrichen.

      cc) In Buchstabe d wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

      dd) Buchstabe e wird aufgehoben.

   e) Absatz 2a wird aufgehoben.

   f) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

      „Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt entsprechend.“

   g) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

      „(4) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Leistungsdaten nach dem Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit erforderlich, und die Daten nach Absatz 1 an die mit der Evaluation beauftragten Sachverständigen gemäß § 137f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt werden. Personenbezogene Daten sind vor Übermittlung an die Sachverständigen durch die Krankenkassen zu pseudonymisieren.“

5. § 28g wird aufgehoben.

6. In § 28h Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „oder Verlängerung der Zulassung“ gestrichen.

7. In § 37 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 wird nach dem Wort „Krankenversicherung“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und die zusätzlichen satzungsgemäßen Leistungen auf Grund von § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

8. In § 38 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „auf Grund der Evaluationsberichte nach § 28g“ durch die Wörter „nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt und werden die Wörter „oder lehnt es die Verlängerung der Zulassung ab“ gestrichen.

9. Die Anlagen 1 bis 12 werden aufgehoben.

Artikel 12
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2012 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nummer 3 und 66 sowie Artikel 4 Nummer 1 treten mit Wirkung vom 1. Mai 2011 in Kraft.

(3) In Artikel 1 Nummer 24 tritt § 87b Absatz 4 mit Wirkung zum … [einsetzen: Tag der ersten Lesung] in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b tritt mit Wirkung zum … [einsetzen: Tag der dritten Lesung] in Kraft.

(5) Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe b und in Buchstabe d § 85 Absatz 3 Satz 4 treten am 1. Juli 2012 in Kraft.

(6) Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe a, c, d mit Ausnahme des § 85 Absatz 3 Satz 4, Buchstabe e treten am 1. Januar 2013 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

Die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Dabei gehört das deutsche Gesundheitswesen sicher zu den besten der Welt und erbringt auf hohem Niveau flächendeckend gute Leistungen. Um dieses hohe Niveau zu halten und zu verbessern gibt es angesichts der demographischen Entwicklung, der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen und der neuen Möglichkeiten, die der medizinisch-technische Fortschritt mit sich bringen wird, gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Es sollen Maßnahmen getroffen werden, in deren Folge sich im konkreten Versorgungsalltag die Situation vieler Patientinnen und Patienten spürbar verbessert, etwa indem bürokratische Hemmnisse abgebaut, der Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sichergestellt und die Behandlungsabläufe für den Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abgestimmt werden.

Schwerwiegende chronische Erkrankungen und Multimorbidität nehmen tendenziell zu. Dies führt zu einem steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen. Gleichzeitig sinkt tendenziell aufgrund der demographischen Entwicklung auch das Nachwuchspotential in medizinischen und pflegerischen Berufen. Werden die Rahmenbedingungen nicht geändert, so droht insbesondere in ländlichen Regionen ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzten. Dieser Mangel wirkte sich für die Patienten und ihre Versorgung direkt aus. Daher bedarf es eines Bündels von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, um strukturellen Problemen der Versorgung rechtzeitig zu begegnen.

Mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden die finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystem kurz- und mittelfristig auf eine solide Basis gestellt. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes hat Effizienz und Qualität der Arzneimittelversorgung gesteigert, indem eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten etabliert wurde.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen jetzt Weichenstellungen in Versorgungsstrukturen, damit unser Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann. Gleichzeitig sind weitere Reformen im System der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütung notwendig.

Die Regelungen zielen darauf ab,

- auch künftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern,
- das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren,
- die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern,
- einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherzustellen und
- mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.

II. Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes

II.1. Wesentlicher Inhalt

Auf verschiedenen Steuerungs- und Verantwortungsebenen des Gesundheitssystems werden starre Planungsvorgaben gelockert. Es werden den Beteiligten flexible Möglichkeiten eröffnet, entsprechend der regionalen Gegebenheiten und Erfordernisse in größerer Eigenverantwortung die gesundheitliche Versorgung zu steuern – ausgerichtet am jeweiligen Bedarf der Menschen vor Ort. Die Länder bekommen mehr Mitwirkungsmöglichkeiten als bisher. Mit einem Bündel von Maßnahmen, zu dem finanzielle Anreize, erweiterte Optionen etwa bei Zweigpraxen und der Delegation ärztlicher Leistungen sowie gezielte Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf im ärztlichen Bereich gehören, wird die flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung für die Zukunft gesichert.

Zur Förderung einer sektorenverbindenden Versorgung wird stufenweise mit dem spezialärztlichen Bereich ein Korridor eröffnet, in dem sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärzte unter gleichen Voraussetzungen und Bedingungen wettbewerblich die medizinische Versorgung gestalten können.

Zur Verbesserung der Bewertung innovativer Behandlungsmethoden erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Erprobung von Methoden, mit Potential deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist.

Wettbewerbliche Spielräume der Krankenkassen werden vergrößert, damit Patientinnen und Patienten künftig auf breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen.

II.2. Schwerpunkte und Maßnahmen des Gesetzes

II.2.1. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung wird in verschiedenen Bereichen, auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlicher Verantwortung ein Bündel von Maßnahmen umgesetzt.

Die Bedarfsplanung wird insbesondere durch folgende Maßnahmen weiterentwickelt:

- Flexibilisierung der Planungsbereiche: Planungsbereiche müssen künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Dem Gemeinsamen Bundes-

ausschuss wird vorgegeben, die Planungsbereiche innerhalb einer vorgesehenen Frist so zu gestalten, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen.

– Berücksichtigung von Demographie bei der Anpassung der Verhältniszahlen: Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird gesetzlich aufgegeben, bei der Anpassung der Verhältniszahlen die demographische Entwicklung zu berücksichtigen.

– Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen: Die sogenannte Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation wird zielgerichtet weiterentwickelt.

– Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten:

  – Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Fragen der Bedarfsplanung.

  – Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben künftig den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan den zuständigen Landesbehörden vorzulegen. Die Landesbehörden erhalten ein Beanstandungsrecht.

  – Die regionalen Gremien erhalten den erforderlichen Gestaltungsspielraum, um die regionale Bedarfsplanung an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen, z. B. bei der Bestimmung der Planungsbereiche und den zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung festzulegenden Verhältniszahlen.

  – Die Beteiligungsrechte der Länder gegenüber dem jeweiligen Landesausschuss werden analog den Beteiligungsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausgestaltet. Dies bedeutet insbesondere, dass das Land die Rechtsaufsicht über den Landesausschuss erhält.

  – Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei Sitzungen der Landesausschüsse.

  – Die Länder erhalten das Recht, ein sektorübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen, wobei dessen nähere Ausgestaltung und Besetzung ebenfalls den Ländern überlassen bleibt. Die Beschlüsse dieses Gremiums haben Empfehlungscharakter.

– Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten: Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu fördern, erweitert. Zudem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen ein Vorkaufsrecht auszuüben. Das wirtschaftliche Interesse des ausscheidenden Vertragsarztes an der Verwertung der Arztpraxis bleibt geschützt. Ein Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung besteht nicht, wenn sich ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner des ausscheidenden Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um die Nachbesetzung bewerben.

– Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers: Bei der Nachbesetzung von Vertragsarztpraxen sind Versorgungsgesichtspunkte künftig stärker zu berücksichtigen. Bei der Auswahlentscheidung in überversorgten Gebieten hat der Zulassungsausschuss zu berücksichtigen, wenn ein Bewerber bzw. eine Bewerberin zuvor für einen bestimmten Zeitraum in einem unterversorgten Gebiet ärztlich tätig gewesen ist.

– Anpassung der Regelung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes: Es wird klargestellt, dass die Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur dann genehmigt werden kann, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. Auch die Sitzverlegung eines übernommenen Vertragsarztsitzes in ein Medizinisches Versorgungszentrum ist nur noch möglich, wenn Versorgungsaspekte nicht entgegenstehen.

Die Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung werden ausgebaut und flexibilisiert:

– Weiterentwicklung der Steuerung des Niederlassungsverhaltens über Vergütungsanreize:

  – Alle Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden grundsätzlich von der Abstaffelung ausgenommen.

  – Die regionalen Vertragspartner erhalten die Option, Preiszuschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z. B. mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren.

  – Auch in der zahnärztlichen Versorgung wird eine Regelung zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf geschaffen, um die Option zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei lokalem Versorgungsbedarf zu eröffnen.

  – Die Kassenärztliche Vereinigung erhält bei entsprechendem Versorgungsbedarf die Möglichkeit, einen Strukturfonds einzurichten, in den 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ergänzend eine entsprechend gleich große Summe seitens der Krankenkassen einfließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit diesen Mitteln flexibel und ungebunden gezielte Maßnahmen für die Niederlassung ergreifen und finanzielle Anreize setzen.

– Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf und von Ärztinnen und Ärzten, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind: Krankenhäuser können künftig auch dann, wenn der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus liegt, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Zudem wird die bereits bestehende Möglichkeit, bei entsprechendem Versorgungsbedarf Krankenhausärztinnen und -ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, erweitert um Ärztinnen und Ärzten, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind.

– Sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notdienstes: Die Bedeutung eines sektorenübergreifenden Notdienstes wird gestärkt: Kassenärztliche Vereinigun-

gen können künftig den vertragsärztlichen Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen.

- Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen: Die Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen werden verbessert. Es wird klargestellt, dass die in Eigeneinrichtungen erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet werden.
- Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger: Kommunale Träger (Städte, Gemeinden, Landkreise) erhalten die Möglichkeit, mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eine Eigeneinrichtung zu errichten.
- Die Residenzpflicht wird grundsätzlich auch in nicht unterversorgten Regionen aufgehoben. Die Notfallversorgung darf jedoch nicht gefährdet werden.
- Ausbau „mobiler“ Versorgungskonzepte: Der Ausbau von „mobilen“ Versorgungskonzepten wird unterstützt. Bereits nach geltendem Recht besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten, sogenannte „mobile“ Versorgungskonzepte zu praktizieren, etwa die Tätigkeit an weiteren Orten oder die Bildung von Zweigpraxen. Die von der Rechtsprechung entwickelten zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärztinnen und -ärzten z. B. in der stationären Versorgung werden gelockert.
- Delegation ärztlicher Leistungen: Die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten von Leistungen zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten wird befördert. Die Partner der Bundesmantelverträge erhalten den Auftrag, bis 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes beispielhaft eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erstellen.
- Ausbau der Telemedizin: Telemedizin soll vor allem für den ländlichen Raum wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung werden. Der Bewertungsausschuss wird daher beauftragt festzulegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen des EBM ambulant telemedizinisch erbracht werden können und wie in Folge der derzeitige EBM entsprechend anzupassen ist.
- Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf:
  - Die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, wird von 6 auf 12 Monate verlängert.
  - Die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten wird für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate sowie für die Pflege von Angehörigen für bis zur 6 Monate eröffnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Möglichkeit, den 36- bzw. 6 Monatszeitraum zu verlängern.
  - Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem gesperrten Bereich werden Kindererziehungs- bzw. Pflegezeiten, durch die eine ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde, fiktiv berücksichtigt.

II.2.2. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Das vertragsärztliche Vergütungssystem wird reformiert:

- Im System der vertragsärztlichen Vergütung erfolgt eine Flexibilisierung und Regionalisierung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Kompetenz zur Honorarverteilung, die künftig nur noch im Benehmen mit den Krankenkassen festzulegen ist. Die Vertragspartner auf regionaler Ebene erhalten mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen. Zentrale Umsetzungsvorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene für die Gestaltung der Vergütungen werden zurückgenommen. Ob und welche Folgen sich aus der Regionalisierung der Regelungen zur Honorarverteilung sowie zur Honorarverhandlung (Gesamtvergütung) für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen ergeben, ist zu prüfen.
- Überregulierungen werden abgebaut. Die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der ärztlichen Behandlungsdiagnosen (ambulante Kodierrichtlinien) für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistung zu vereinbaren, entfällt.

II.2.3. Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems

Die vertragszahnärztliche Vergütung wird weiterentwickelt.

- Der Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der Anpassung der Gesamtvergütungen werden aufgegeben.
- Den regionalen Vertragspartnern werden größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen eröffnet. Es werden neue Kriterien vorgegeben, um bedarfsgerechte und den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf widerspiegelnde Vergütungen zu ermöglichen.
- Durch die einmalige Ermittlung durchschnittlicher Punktwerte und Berücksichtigung dieser Werte als Ausgangsbasis bei Vergütungsvereinbarungen werden Belastungsunterschiede zwischen den Krankenkassen beseitigt und Chancengleichheit im Wettbewerb hergestellt.

II.2.4. Ambulante spezialärztliche Versorgung

Ein besseres Ineinandergreifen von stationärer und fachärztlicher Versorgung ist ein wesentlicher Baustein dafür, künftig auch eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung für die Bevölkerung gewährleisten zu können. Dies gilt insbesondere für Patientinnen und Patienten mit seltenen oder hochkomplexen Erkrankungen sowie für Patientinnen und Patienten, die einen Bedarf an besonderen spezialärztlichen Leistungen haben. Daher wird schrittweise ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung etabliert, in dem Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen sowie bestimmte Leistungen, u. a. auch hochspezialisierte Leistungen, erbringen können.

Im einzelnen sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

– Es wird stufenweise eine ambulante spezialärztliche Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen, hochspezialisierten Leistungen sowie bestimmten ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen als eigenständiger Bereich im Gesundheitsversorgungssystem der GKV mit gleichen Qualifikationsanforderungen für niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Krankenhäuser geschaffen.

– Die Konkretisierung und Ergänzung dieses Versorgungsbereichs erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen gesetzlicher Vorgaben durch Richtlinien.

– Darin erfolgt für alle Leistungserbringer eine einheitliche Festlegung der jeweiligen medizinisch-inhaltlichen Anforderungen sowie der besonderen Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

– Grundsätzlich besteht freier Zugang für Leistungserbringer, wenn die Erfüllung der jeweils festgelegten Anforderungen nachgewiesen werden kann.

– Die Vergütung erfolgt vorläufig nach EBM. Mittelfristig wird eine diagnosebezogene Vergütungssystematik und -kalkulation entwickelt unter Berücksichtigung auch spezifischer Investitionsbedingungen.

II.2.5. Innovative Behandlungsmethoden

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal des Gesundheitswesens ist, dass Innovationen möglichst rasch Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Nicht immer jedoch ist der Nutzen solcher Methoden ausreichend genug belegt, um über eine flächendeckende Einführung entscheiden zu können. Deshalb erhält der Gemeinsame Bundesausschuss nun ein neues Instrument für die Erprobung von nichtmedikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist:

– Der Gemeinsame Bundesausschuss kann innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potential künftig zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens erproben.

– Die angemessene Beteiligung und Beratung der betroffenen Fachkreise im G-BA-Verfahren wird gesichert. Die Anbieter einer innovativen Methode erhalten das Recht beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Erprobung zu beantragen.

– Die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung erfolgt über den Systemzuschlag nach § 139c SGB V, die Hersteller werden an der Finanzierung beteiligt.

II.2.6. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Es erfolgt eine Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses:

– Die Neutralität der Unparteiischen und deren Stellvertreter wird wesentlich gestärkt. Sie dürfen zukünftig nicht mehr aus dem Kreis der Trägerorganisationen und ihrer Mitglieder kommen. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann die von den Trägerorganisationen vorgeschlagenen Unparteiischen und deren Stellvertreter anhören und ihrer Berufung widersprechen, wenn er die Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit nicht als gewährleistet ansieht.

– Bei Beschlüssen, von denen nicht jede der drei Leistungserbringerorganisationen wesentlich betroffen ist, werden die Stimmen der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisationen jeweils zu gleichen Teilen auf die Mitglieder der betroffenen Leistungserbringerorganisationen übertragen.

– Für Beschlüsse, die wegen des Ausschlusses von bisher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen besondere Auswirkungen auf die Versorgung haben und mit sektorenübergreifender Stimmverteilung getroffen werden, wird ein Mindestquorum von 9 Stimmen eingeführt, das etwa einer Zweidrittelmehrheit entspricht, um diese weitreichenden Entscheidungen auf eine breitere Akzeptanzbasis zu stellen.

– Die Transparenz und die Beteiligungsmöglichkeiten an der Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss werden weiter gestärkt. Hierzu erhalten die bei den jeweiligen Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses stellungnahmeberechtigten Verbände und Institutionen das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss auch mündlich angehört zu werden.

– Bei Beschlüssen zu den Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht.

– Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zudem verpflichtet, bei seinen Entscheidungen zukünftig entstehende Bürokratiekosten abzuschätzen.

II.2.7. Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Wettbewerbliche Spielräume der Krankenkassen werden vergrößert, damit Patientinnen und Patienten künftig auf breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen.

Die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen werden erweitert. Dabei geht es ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zum allgemeinen Leistungskatalog gewähren kann.

Darüber hinaus sollen die Krankenkassen auch Möglichkeiten einer spezifischen Leistungsgestaltung durch Verträge mit Beschäftigtengruppen sowie mit Patientenorganisationen und Behindertengruppen in Form von Gruppentarifen erhalten. Der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung soll zusätzlich gestärkt werden, indem für bestimmte Versichertengruppen spezifische Angebote ermöglicht werden. Im Bereich von Gruppentarifen für Beschäftigungsgruppen sollen diese Tarife mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kombiniert werden, um die direkten und indirekten Krankheitskosten für Krankenkassen und Arbeitgeber zu reduzieren. Gruppentarife mit Patientenorganisationen und Behindertengruppen sollen zu einer stärker präventiv ausgerichteten und strukturierten Versorgung beitragen. Die gesetzliche Umsetzung der Grup-

pentarife wird im Rahmen der geplanten Präventionsstrategie erfolgen, um eine nahtlose Verzahnung mit dem präventiven Gesamtkonzept sicherzustellen.

II.2.8. Weitere Maßnahmen des Gesetzes

Weitere Maßnahmen des Gesetzes sind u. a.:

– Die Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden modifiziert mit dem Ziel, die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen zu sichern. Hierzu gehört insbesondere die Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser mit Ausnahmeregelung aus Versorgungsgründen für gemeinnützige Trägerorganisationen. Die Leitung der medizinischen Versorgung des MVZ muss rechtlich und faktisch in ärztlicher Hand liegen.

– Im Bereich der Richtgrößen und der Wirtschaftlichkeitsprüfungen erfolgen Deregulierungen und Flexibilisierungen, die das Prinzip „Beratung vor Regress“ stärken und Versorgungsverbesserungen für die Versicherten bedeuten. So erhalten Versicherte den Anspruch, notwendige Heilmittelbehandlungen bei Bedarf langfristig genehmigen zu lassen. Solche Behandlungen unterliegen nicht mehr den Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

– Die Datengrundlage für die Versorgungsforschung wird deutlich verbessert. Hierzu werden die Datentransparenzregelungen gemäß §§ 303a ff SGB V neu konzipiert. Künftig können Daten aus dem Morbi-RSA zu Zwecken der Versorgungsforschung verwendet werden.

– Es wird klargestellt, dass Versicherte mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, eine dem Standard nicht entsprechende Leistung beanspruchen können, wenn Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (Klarstellung des Geltungsumfangs des sogenannten „Nikolausbeschlusses“ des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 – BvR 347/98 –).

– Hinsichtlich der Vergütung der Hebammenhilfe wird klargestellt, dass bei steigenden Kosten trotz grundsätzlicher Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität höhere Vergütungen vereinbart werden können.

– Die ambulante Rehabilitation wird gestärkt. Die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen werden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen geschlossen werden. Zudem wird das für den Bereich der stationären Rehabilitation eingeführte Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen auch für die ambulante Rehabilitation vorgesehen.

– In verschiedenen Bereichen erfolgt eine Entbürokratisierung von Vorschriften. So wird z. B. der administrative Regelungsaufwand für die Zulassung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme wird abgebaut. Die Regelungskompetenz für die Inhalte und die konkrete Ausgestaltung der Programme wird vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Die Notwendigkeit einer Wiederzulassung der Programme entfällt, was unter anderem wesentliche Vereinfachungen der Evaluation ermöglicht. Das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation entfällt für die koordinierenden Ärztinnen und Ärzte.

– Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Schließung einer Krankenkasse enthält der Entwurf auch Regelungen, die verhindern sollen, dass Krankenkassen die Aufnahme der Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse erschweren oder verhindern. Hierzu gehört zum einen eine Ergänzung des Verfahrens des Kassenwechsels für die Mitglieder einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse. Außerdem sind Regelungen vorgesehen, die die Voraussetzungen und die Rechtsfolgen des Eingreifens der Aufsichtsbehörden bei Erschwerung oder Verhinderung eines Kassenwechsels deutlich verschärfen. Schließlich kann die Aufsichtsbehörde im Fall einer groben Pflichtverletzung des Vorstandsmitglieds einer Krankenkasse dieses künftig auch seines Amtes entheben.

– Die Bundesregierung wird die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren. Das Ergebnis der Evaluierungen wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich bleibt unberührt.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz (GG).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit und der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich.

Das Vergütungssystem für die Finanzierung der Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Änderungen in diesem System sind folgerichtig ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung gilt im Interesse der Absicherung einheitlicher wirtschaftlicher Rahmenbedingungen für die akutstationäre Versorgung der Bevölkerung und betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben.

Das DRG-Vergütungssystem wird bundeseinheitlich durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG vereinbart und weiterentwickelt. Dies gilt entsprechend für das zu entwickelnde Psych-Entgeltsystem nach § 17d KHG. Mit diesem Gesetz wird zum einen die Vertraulichkeit der Daten, die Krankenhäuser dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für Kalkulationszwecke zur Verfügung stellen, klargestellt, und zum anderen wird für Zwecke der Entwicklung der Entgeltsysteme die Übermitt-

lung des unveränderbaren Teils der Krankenversichertennummer vorgegeben. Beide Änderungen knüpfen an das bestehende, bereits unter einheitlichen Bedingungen auf der Grundlage der Gesetzgebungskompetenz des Bundes in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG eingeführte DRG-Vergütungssystem an. Die Regelungsziele sind auch durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene bei dem Entgeltsystem der Krankenhäuser zu einer Rechtszersplitterung mit gravierenden Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Anwendung des Entgeltsystems durch die Krankenhäuser und zu einer Beeinträchtigung des Fortbestandes eines einheitlichen Systems der Versorgung der Bevölkerung führen würde.

IV. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

V. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund, Länder und Gemeinden.

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte entstehen möglicherweise Mehrbelastungen für den Bund im niedrigen einstelligem Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden können.

2. Haushaltsausgaben mit Vollzugsaufwand

a) Bund, Länder und Gemeinden

Dem Bundesversicherungsamt werden neue Aufgaben übertragen und vorhandene Aufgaben werden ausgeweitet. Andererseits werden bestehende Aufgaben eingeschränkt. Dem Bundesversicherungsamt entsteht dadurch per saldo ein geringer personeller und sächlicher Mehraufwand. Die damit verbundenen Personalkosten belaufen sich auf rund 0,5 Mio. Euro. Über den genauen Umfang neu auszubringender Stellen und Planstellen ist im Rahmen der Haushaltsberatungen zu entscheiden. Die neu auszubringenden Planstellen und Stellen sind ganz überwiegend aus dem Personalüberhang des Bundes zu besetzen.

Die Übernahme der Aufgaben der Vertrauensstelle und der Datenaufbereitungsstelle (§ 303c und § 303d SGB V) macht darüber hinaus eine zusätzliche Personalausstattung bei einer noch durch eine Rechtsverordnung zu bestimmenden ausführenden Behörde des Bundes notwendig. Die durch diese Stellen und Planstellen entstehenden Kosten (einschl. der Sachkosten) werden vollständig von den Krankenkassen erstattet und über Nutzungsentgelte refinanziert.

Für die Bundesländer kann durch die erweiterten Beanstandungs- und Beteiligungsrechte im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sowie das Recht ein sektorübergreifendes Gremium zu schaffen in geringem Umfang derzeit nicht quantifizierbarer Mehraufwand entstehen, der von der konkreten Ausgestaltung auf der jeweiligen Länderebene abhängt.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die im Jahr 2010 verabschiedeten ausgabenbegrenzenden Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften wurde die GKV ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von insgesamt rund 3,5 Mrd. Euro finanzwirksam entlastet. Die Maßnahmen des Versorgungsstrukturgesetzes dienen vor allem der nachhaltigen Verbesserung und Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung und fördern auch langfristig die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit werden der Selbstverwaltung im vertragsärztlichen Bereich Instrumente an die Hand gegeben, Versorgungslücken im ambulanten Sektor insbesondere in ländlichen und in strukturschwachen urbanen Regionen zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungen vor allem im Bereich der stationären Versorgung und der Versorgung mit Notfall- und Rettungsdiensten zu vermeiden. Es ist notwendig und langfristig auch aus finanzieller Sicht durchaus sinnvoll, Versorgungsstrukturen zu stützen, bevor Versorgungsdefizite vermehrt entstehen und daraus hohe Mehrausgaben resultieren.

Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen können einerseits durch Preiszuschläge für besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungserbringer in strukturschwachen Gebieten sowie durch Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen entstehen, deren Umfang in den Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen festgelegt wird. Diese Mehrausgaben könnten sich – je nach Umsetzung durch die Vertragspartner – insgesamt auf eine geschätzte jährliche Größenordnung zwischen 150 bis 200 Mio. Euro belaufen. Durch die Bildung von Strukturfonds bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die von allen Krankenkassen mit einem zusätzlichen Ausgabenbetrag in Höhe von 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung mit zu finanzieren sind können Mehrausgaben der Krankenkassen in einer Größenordnung von ca. 25 Mio. Euro entstehen, so dass sich die Summe der geschätzten jährlichen Mehrausgaben auf eine Größenordnung von rund 200 Mio. Euro beläuft. Solchen Mehrausgaben stehen im erheblichen nicht quantifizierbaren Umfang Minderausgaben durch Vermeidung unnötiger Einweisungen zur stationären Versorgung oder von Krankentransporten und Rettungsfahrten insbesondere in strukturschwachen Regionen gegenüber, die aus einer Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich resultieren. Die Bundesregierung wird die mit diesen Maßnahmen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren.

Durch die Reform der vertragsärztlichen Vergütungssystematik wird das Vergütungsgeschehen weitgehend regionalisiert. Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen dadurch nicht. Das Morbiditätsrisiko, das heißt

Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten, liegt wie bisher auf Seite der Krankenkassen: Das bedeutet, dass die Krankenkassen höhere Gesamtvergütungen für die vertragsärztlichen Leistungen veranschlagen müssen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten im Zeitablauf ansteigt oder wenn Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden. Sofern es im Zeitablauf einen Anstieg bei den für Arztpraxen relevanten Kosten gibt, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann, sind von den Krankenkassen auch die sich daraus ergebenden Effekte in Form höherer Preise zusätzlich zu vergüten.

Mit der Aufhebung der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführten zeitlich beschränkt auf die Jahre 2011 und 2012 vorgesehenen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung können im Bereich der extrabudgetären Leistungen (insbesondere des ambulanten Operierens) im Jahr 2012 zwar nicht quantifizierbare Mehrausgaben bei der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbunden sein. Diesen aus einer vorzeitigen Aufhebung dieser Ausgabenbegrenzungen resultierenden einmaligen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Minderausgaben durch die Vermeidung von stationären Behandlungen gegenüber.

Für das Jahr 2013 entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung durch die Neujustierung der Honorarstrukturen Mehrausgaben von bis zu 120 Mio. Euro. Die Bundesregierung wird die mit diesen Maßnahmen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im vertragszahnärztlichen Bereich einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren.

Durch die einmalige Ermittlung durchschnittlicher Punktwerte werden bisherige Belastungsunterschiede zwischen den Krankenkassen beseitigt. Für die GKV insgesamt ist diese Maßnahme nicht mit Mehrausgaben verbunden.

Der Leistungsumfang eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs umfasst zum einen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen. Daneben werden Teilbereiche ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Leistungen einbezogen, sofern diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach gesetzlichen Kriterien der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugeordnet werden. Die ökonomischen Auswirkungen der Bildung eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs werden daher im Wesentlichen vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch die von ihm vorgenommene Ausgestaltung dieses Versorgungsbereichs determiniert sowie von den die Vergütungen vereinbarenden Vertragspartnern.

Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wie Qualitätsanforderungen, Überweisungserfordernisse und die Verpflichtung zu Kooperationen zwischen den Leistungserbringern wirken einer extensiven Teilnahme der Leistungserbringer entgegen. Zudem betrifft der spezialärztliche Versorgungsbereich Indikationen ohne hohe Mengenrisiken. Die Möglichkeiten einer angebotsinduzierten Nachfrage sind als gering einzuschätzen, da es sich um schwere oder seltene Erkrankungen handelt. Die Versorgung dieser Krankheiten erfolgt bereits derzeit entweder ambulant oder stationär, die Leistungen werden zukünftig durch die Vorgaben des neuen Versorgungsbereiches aber gezielter und qualitativ hochwertiger erbracht werden.

Im Übrigen bietet die Regelung neben der Optimierung der Patientenversorgung bei Erkrankungen und Leistungen mit besonderem spezialärztlichen Versorgungsbedarf auch günstige Synergieeffekte und Kosteneinsparpotentiale, insbesondere durch Vermeidung stationärer Aufenthalte und von Kosten in Folge von Komplikationen und Folgeerkrankungen, die allerdings nicht quantifizierbar sind. Die Erhöhung der Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich mit sich, denn inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen. Die qualifiziertere Behandlung im Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung führt in einer Gesamteinschätzung damit nicht einseitig zu höheren Ausgaben, sondern gleichzeitig in der Perspektive zu Einsparungen aufgrund einer effizienteren Versorgung durch eine gezieltere Diagnostik und bedarfsgerechtere Behandlung.

Durch die Möglichkeit der Erprobung innovativer Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss können Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung über den Systemzuschlag nach §§ 91, 139c SGB V entstehen. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen der Methodenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss können fünf Erprobungen pro Jahr mit einer Laufzeit von 5 Jahren pro Erprobung angenommen werden. Bei angenommenen jeweiligen mit der Erprobung verbundenen Overhead-Kosten von ca. 0,5 Mio Euro pro Erprobung und Jahr, entstünden im ersten Jahr Kosten von ca. 2,5 Mio. Euro, im zweiten Jahr 5 Mio., im dritten Jahr 7,5 Mio., im 4. Jahr 10 Mio. Euro und ab dem 5. Jahr dann 12,5 Mio. Euro jährlich. Diese Kosten werden durch die angemessene Beteiligung von betroffenen Herstellern oder Anbietern der zu erprobenden Methode erheblich reduziert.

Die leistungsrechtliche Klarstellung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen führt in der GKV zu keinen Mehrausgaben. Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung der im Hinblick auf den „Nikolausbeschluss“ des Bundesverfassungsberichts vom 6. Dezember 2005 geltenden Rechtslage.

Durch die Ausweitung der bisherigen Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen können in dem Umfang, in dem die einzelnen Krankenkassen von diesen Möglichkeiten Gebrauch machen, Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen. Solche Mehrausgaben sind – sofern sie jeweils nicht aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds oder vorhandenen Finanzreserven abgedeckt werden können – aus Zusatzbeiträgen zu finanzieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch die Erweiterung von Satzungsleistungen auch aufwändigere Behandlungen verkürzt oder vermieden werden und dadurch Einsparungen erzielt werden können.

Durch die Neuregelungen zur Datentransparenz (§§ 303a ff. SGB V) entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 geschätzte Mehrausgaben in Höhe von rund 1,5 Mio. Euro und in den Folgejahren jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 0,5 Mio. Euro, die sich durch die Ein-

nahme von Nutzungsgebühren reduzieren werden. Es ist davon auszugehen, dass die verbesserte Datengrundlage für die Versorgungsforschung und die Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung des GKV-Systems zu einem effektiverem und effizienterem Einsatz von Ressourcen und Leistungen und damit insgesamt zu Einsparungen in der GKV führen wird.

Die Bundesregierung wird die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren. Das Ergebnis der Evaluierungen wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich bleibt unberührt.

VI. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Kosten für die Wirtschaft, die über die unten aufgeführten Bürokratiekosten hinausgehen, können durch die vorgesehene Beteiligung der Hersteller an den Kosten der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entstehen. Die Höhe der damit verbundenen Kosten bei den betroffenen Unternehmen, die im Wesentlichen von der Art der zu erprobenden Methode und deren medizinischen Indikationsbereich abhängt, ist derzeit nicht abschätzbar.

Größere Auswirkungen auf die Einzelpreise der medizinischen Dienstleistungen oder Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

VII. Bürokratiekosten

1. Bürokratiekosten für die Wirtschaft.

Durch das Gesetz entstehen für die Wirtschaft sieben neue Informationspflichten:

– Nach § 95 Absatz 6 müssen die am 31. Dezember 2011 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentren gegenüber den jeweils zuständigen Zulassungsausschüssen nachweisen, dass der ärztliche Leiter in dem medizinischen Versorgungszentrum auch als Arzt tätig ist. Die neue Informationspflicht betrifft vermutlich ca. 2000 medizinische Versorgungszentren und tritt einmalig auf. Sie umfasst das Verfassen eines entsprechenden Briefes, mit dem die erforderlichen Unterlagen (Arbeitsvertrag oder vertragsärztliche Zulassung) dem Zulassungsausschuss übermittelt werden. Der Zeitaufwand wird im Mittelwert auf ca. 10 Minuten für Arbeiten mit mittlerem Qualifikationsniveau und Arbeitskosten in Höhe von 28,80 Euro pro Stunde geschätzt. Daraus folgen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von insgesamt ca. 9600 Euro.

– Im Zusammenhang mit der Ausübung des Vorkaufsrechts nach § 103 Absatz 4d entsteht für die Vertragsärzte eine Informationspflicht. Der nach § 103 Absatz 4 ausscheidende Vertragsarzt hat dem vorrangig Vorkaufsberechtigten unverzüglich nach Abschluss des Vertrages mit dem medizinischen Versorgungszentrum den Inhalt des Vertrages mitzuteilen. Hierbei handelt es sich um geringe einmalige Bürokratiekosten, da die Übermittlung eines Duplikats des Kaufvertrages ausreichend sein dürfte.

– Im Zuge der Neufassung des § 116b (Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsbereichs für die ambulante spezialärztliche Versorgung) werden zwei neue Informationspflichten eingeführt:

Sofern Leistungserbringer an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen möchten, müssen sie gemäß § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V gegenüber der zuständigen Landesbehörde einmalig anzeigen, dass sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. In Betracht kommen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (insbesondere als Vertragsärzte niedergelassene Fachärzte, medizinische Versorgungszentren sowie nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (hier wohl aber nur Akutkliniken). Der Zeitaufwand wird im Mittelwert auf ca. 30 Minuten für Arbeiten mit mittlerem Qualifikationsniveau mit Arbeitskosten in Höhe von 28,80 Euro pro Stunde geschätzt. Pro Meldung fallen demnach 14,40 Euro Bürokratiekosten an.

§ 116b Absatz 2 Satz 4 SGB V verpflichtet die zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer, ihre Teilnahme unter Angabe des Leistungsbereichs, auf den sich die Zulassung erstreckt, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Diese lediglich einmalig anfallende Meldepflicht dient der notwendigen Transparenz über die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Es ist dabei von einem Melde- und Übermittlungszeitaufwand von 10 Minuten je meldepflichtiges Krankenhaus/sonstiger Leistungserbringer auszugehen. Der Zeitaufwand wird im Mittelwert auf ca. 10 Minuten für Arbeiten mit mittlerem Qualifikationsniveau mit Arbeitskosten in Höhe von 28,80 Euro pro Stunde geschätzt. Pro Meldung fallen demnach 4,80 Euro Bürokratiekosten an.

Die von den Leistungserbringern zu erfüllenden Anforderungen für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden im Einzelnen vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch Richtlinien konkretisiert und näher ausgestaltet. Es ist nicht absehbar, wie viele der Infrage kommenden Leistungserbringer tatsächlich an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen werden.

Insgesamt ist der mit den beschriebenen Informationspflichten verbundene – jeweils einmalige – Aufwand angesichts des für die Leistungserbringer bestehenden Nutzens der Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung und ihres damit verbundenen wirtschaftlichen Interesses als gering zu bewerten.

– § 137e des Entwurfs regelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), wenn er zu der Auffassung gelangt, dass eine Methode das Potential für eine Behandlungsalternative hat, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, der G-BA eine Richtlinie zur Erprobung beschließen kann. In diesem Zusammenhang

können drei Informationspflichten für die Wirtschaft entstehen.

Zum einen müssen die Leistungserbringer (z. B. Ärzte und Krankenhäuser), die an der Erprobung einer neuen Leistung teilnehmen wollen, gegenüber der mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung beauftragten Institution nachweisen, dass sie die vom G-BA festgelegten Anforderungen erfüllen. Zum anderen sind die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtet, die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und der beauftragten Institution zur Verfügung zu stellen. Für den durch diese Informationspflicht entstehenden zusätzlichen Aufwand erhalten die teilnehmenden Leistungserbringer eine angemessene Aufwandsentschädigung von der beauftragten Institution (§ 137e Absatz 5 SGB V). Die Teilnahme an der Erprobung ist freiwillig. Der erforderliche Zeitaufwand ist kaum absehbar, da er von der Art der jeweiligen zur Erprobung vorgesehenen Methode abhängt, wird aber mehrere Stunden in Anspruch nehmen. Die Arbeiten erfordern ein hohes Qualifikationsniveau.

Schließlich können Medizinprodukte-Hersteller oder in sonstiger Weise Anbieter einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode beim G-BA beantragen, dass er eine Richtlinie zur Erprobung beschließt. Die Pflicht besteht allerdings auch hier nur dann, wenn das Unternehmen selbst Interesse hat, einen Antrag zu stellen (§ 137e Absatz 7 SGB V). Auch hier dürfte der erforderliche Zeitaufwand pro Antrag (und die Zusammenstellung der hierfür nötigen begründenden Unterlagen) mehrerer Stunden in Anspruch nehmen. Die Arbeiten erfordern ein hohes Qualifikationsniveau.

Es ist derzeit nicht absehbar, wie häufig der G-BA Richtlinien zur Erprobung beschließen wird und wie viele Medizinproduktehersteller eine Erprobung beantragen werden.

Wegfallende Informationspflichten:

Diesen zum Teil im einzelnen nicht bezifferbaren zusätzlichen Bürokratiekosten stehen konkrete Entlastungen gegenüber.

– Das Gesetz führt im System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentralistischer und bundesweit verbindlicher Vorgaben der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene und der Begrenzung auf Empfehlungen zu einer Deregulierung und damit Entbürokratisierung in der vertragsärztlichen Versorgung. Zudem entfallen die bisherigen Ambulanten Kodierrichtlinien (Diagnosendokumentation, § 295 Absatz 3 SGB V), so dass der Verschlüsselungsaufwand für die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt reduziert wird.
– Durch die Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsbereichs für die ambulante spezialärztliche Versorgung wird eine Informationspflicht für die teilnehmenden Krankenhäuser modifiziert und der bisherige Aufwand der Krankenhäuser im Rahmen ihrer Bestimmung durch die Länder reduziert.
– Im Zuge der Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Regelungen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen wird eine Informationspflicht für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte modifiziert und der Aufwand hierfür reduziert. Es entfällt das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation und damit der papiergebundenen Einreichung der sogenannten Versandliste (§ 28d Absatz 2 RSAV). Ausgehend von der Schätzung, dass der Aufwand für Unterschrift und Datumsabgleich pro Erstdokumentation etwas eine halbe Minute beträgt und dass jährlich etwa 280.000 Erstdokumentationen anfallen, ergibt sich bei einem Arbeitskostenaufwand in Höhe von 46,20 Euro pro Arbeitsstunde eine Verringerung der Bürokratiekosten um etwa 0,1 Mio. Euro pro Jahr.
– Durch die verbindliche Festlegung anzuerkennender Praxisbesonderheiten (§ 84 Absatz 8 SGB V) entfällt für entsprechende Fälle die Darlegungs- und Begründungspflicht bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens. Gleiches gilt für langfristig genehmigte Heilmittelbehandlung (§ 32 Absatz 1a und § 106 SGB V). Bei der Verordnung ist eine Begründung im Einzelfall nicht mehr erforderlich.

2. Bürokratiekosten für Bürgerinnen und Bürger

Es wird eine Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger eingeführt. Die langfristige Genehmigung von Heilmittelbehandlungen nach § 32 Absatz 1a SGB V setzt einen Antrag der betroffenen Versicherten voraus. Dabei muss der Krankenkasse – mit Unterstützung durch den behandelnden Vertragsarzt – das Vorliegen der Voraussetzungen dargelegt werden.

3. Bürokratiekosten für die Verwaltung

Neue Informationspflichten

a) Vertragsärztliche Versorgung

In der vertragsärztlichen Versorgung entstehen den dort verantwortlichen Behörden eine Reihe von neuen Informationspflichten. Diese resultieren insbesondere aus der stärkeren Regionalisierung und Dezentralisierung bei den Neuregelungen zur vertragsärztlichen Vergütung und Bedarfsplanung:

– Nach § 71 Absatz 4 SGB V sind neben den dort bereits genannten Verträgen der Krankenkassen auch die Verträge nach § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 SGB V der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Nach § 71 Absatz 5 SGB V sind neben den dort bereits genannten Verträgen der Krankenkassen auch die Verträge nach § 73b SGB V den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen.
– § 87a Absatz 5 Satz 2 SGB V: Im Rahmen der nach Absatz 5 Satz 1 abzugebenden Empfehlungen teilt der Bewertungsausschuss den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Ergebnisse und die Komponenten der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur mit.
– § 87c Satz 1 SGB V: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht die Quartalsberichte über die Ergebnisse der Honorarverteilung zwecks Transparenz der vertragsärztlichen Vergütung. Diese Veröffentlichungspflicht besteht viermal pro Jahr und dient der Transparenz.

- § 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V: Entscheidungen der Landesausschüsse müssen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorgelegt werden. Folgende Vorlagepflichten sind neu:
  - Entscheidungen nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V (Entscheidung der Landesausschüsse über Unterversorgung oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf)
  - Entscheidungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Entscheidung der Landesausschüsse über Überversorgung)
- § 103 Absatz 4c Satz 3 SGB V: Vor Erteilung einer vertragsärztlichen Zulassung an den Nachfolger hat der Zulassungsausschuss seine Auswahlentscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.
- § 103 Absatz 4d Satz 6 SGB V: Besteht ein Vorkaufsrecht sonstiger Bewerber auf einen Vertragsarztsitz, weil der Zulassungsausschuss ein medizinisches Versorgungszentrum ausgewählt hat, bei dem nicht die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte auf Ärzte entfällt, hat der Zulassungsausschuss den sonstigen Bewerbern die Auswahlentscheidungen für das medizinische Versorgungszentrum und den vorrangig Vorkaufsberechtigten mitzuteilen.
- § 106 Absatz 5e: Bestehende Beratungs- und Informationspflichten des Prüfungsausschusses gegenüber den Vertragsärztinnen und -ärzten werden erweitert.
- § 128 SGB V: Den Krankenkassen werden neue Informationspflichten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen auferlegt (Hinweise auf Fehlverhalten). Eine relevante Mehrbelastung ist damit nicht verbunden.
- § 14 Absatz 2 Satz 4 Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV: Beanstandet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde den Bedarfsplan oder erlässt sie den Bedarfsplan an Stelle des Landesausschusses selbst, ist der beanstandete oder erlassene Bedarfsplan dem Landesausschuss sowie der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit Begründung für die Beanstandung oder die Ersatzvornahme zuzuleiten.

b) Vertragszahnärztliche Versorgung

In der vertragszahnärztlichen Versorgung entsteht eine neue Informationspflicht: Durch die in § 85 Absatz 3 Satz 4 SGB V vorgesehene Regelung haben die Krankenkassen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen jeweils bis zum 1. Oktober eines Jahres die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres gegliedert nach den Altergruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung mitzuteilen. Dabei wird an die bestehende Meldung der Krankenkassen nach § 79 SGB IV angeknüpft. Somit wird vermieden, dass bei den Krankenkassen ein zusätzlicher Erfassungsaufwand und erhöhte Verwaltungskosten entstehen. Durch die Übermittlung dieser Daten auf elektronischem Weg entstehen den Krankenkassen keine bzw. kaum messbare Mehrbelastungen.

c) Gemeinsamer Bundesausschuss

Bei der Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Absatz 10 SGBV, seine Bürokratiekostenschätzung in der Begründung zu seinen Beschlüssen zu dokumentieren, handelt es sich um eine neue Informationspflicht für die Verwaltung.

d) Krankenkassen und deren Verbände

Den gesetzlichen Krankenkassen entstehen im Rahmen der Regelung zu Kassenschließungen und der Wahrung der Versichertenrechte in diesem Zusammenhang vier Informationspflichten.

- Nach Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde trifft den Abwicklungsvorstand nach § 155 Absatz 2 SGB V die neue Informationspflicht, jedem Mitglied einen Vordruck für den Kassenwechsel und eine Liste der wählbaren Krankenkassen zuzusenden.
- Nach § 171b Absatz 4 SGB V hat die Aufsichtsbehörde künftig den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu unterrichten, wenn eine Krankenkasse das Vorliegen eines Insolvenztatbestands anzeigt. Dieser hat die Krankenkassen derselben Kassenart oder deren Landesverbände über die Insolvenzanzeige zu informieren sowie darüber, dass die Aufsichtsbehörde einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat.
- Nach § 172 Absatz 2 Satz 1 SGB V haben Krankenkassen zukünftig auch den Landesverbänden, in denen sie Mitglied sind, diejenigen Auskünfte zu erteilen, die bisher nach dieser Vorschrift dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu erteilen waren.
- Nach § 265b SGB V haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen den Krankenkassen, die finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V vereinbaren wollen, die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind.

Wegfallende Informationspflichten

a) vertragsärztliche Versorgung

In der vertragsärztlichen Versorgung fallen auf Grund von Regelungen zur Entbürokratisierung und Dezentralisierung eine Reihe von Informationspflichten der Verwaltung weg:

- § 85 Absatz 4 Satz 12 SGB V: Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen die für die Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Daten nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4a Satz 4 unentgeltlich zur Verfügung.
- § 87 Absatz 2f Satz 2 SGB V: Der Bewertungsausschuss kann die zur Festlegung der Indikatoren erforderlichen Datenerhebungen und – Auswertungen gemäß Absatz 3f Satz 3 durchführen.
- 87 Absatz 3a Satz 2 SGB V: Der Bewertungsausschuss übermittelt vierteljährlich dem BMG vorläufige und endgültige Daten und Berichte zur aktuellen Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung.
- § 87 Absatz 3a Satz 4 SGB V: Die Vorlagepflicht des BMG gegenüber dem Deutschen Bundestag wird als Folge der o.g. Änderung aufgehoben.

– § 87 Absatz 7 Satz 1 SGB V: Der Bewertungsausschuss berichtet dem BMG bis zum 31. Mai 2012 über die Steuerungswirkung der auf Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 vereinbarten Punktwerte.

– § 87 Absatz 7 Satz 3 SGB V: Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das BMG dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2012, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.

– § 87 Absatz 8 SGB V: Der Bewertungsausschusses evaluiert die Umsetzung hinsichtlich der Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zu den Regelleistungsvolumen in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit.

b) Sonstige Leistungserbringer

Es entfallen zwei Informationspflichten.

– Durch Rahmenempfehlungen auf Bundesebene sollen die Erbringung und Abrechnung von Leistungen der sonstigen Leistungserbringer vereinfacht und vereinheitlicht und dabei insbesondere auch Informationspflichten abgebaut werden (§§ 127, 133).

– Durch die Neuregelung in § 40 SGB XI entfällt bei den Kranken- und Pflegekassen die aufwändige Abgrenzung der Leistungszuständigkeit zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung in jedem Einzelfall sowie die entsprechende Dokumentation.

c) strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Es entfallen zwei Informations- oder Meldepflichten

– Reduktion einer Informationspflicht für die Krankenkassen: Wegfall der Beantragung der Wiederzulassung für die DMP beim Bundesversicherungsamt durch Entfristung der Zulassungen (§ 137g Absatz 1 SGB V).

– Reduktion des Verwaltungsaufwandes beim Bundesversicherungsamt durch Wegfall der Notwendigkeit der Erteilung von Wiederzulassungen (§ 137g Absatz 1 SGB V).

VIII. Nachhaltigkeit

Der Gesetzentwurf führt die notwendigen Reformen des Gesundheitssystems weiter und zielt insbesondere auf eine Verbesserung der Versorgung mit ärztlichen Leistungen ab. Mit einem Bündel von Maßnahmen wird für alle Bürgerinnen und Bürger auch in Zukunft eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung sichergestellt. Gleichzeitig begegnet die Bundesregierung so wirksam strukturellen Problemen des Gesundheitssystems, die durch den demographischen Wandel bedingt sind: Dem steigenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen und dem drohenden Ärztemangel insbesondere im ländlichen Raum. Damit fördert der Gesetzentwurf die Erreichung der Ziele, Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts frühzeitig Anpassungen an den demographischen Wandel vorzunehmen. (Managementregel 4 und 9 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie). Außerdem wird mit dem Gesetzentwurf die Situation für Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten verbessert; damit wird u. a. auch dem Ziel, die Fälle der vorzeitigen Sterblichkeit zu verringern (Nachhaltigkeitsindikator Nummer 14a, b der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie), Rechnung getragen.

IX. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Mit der Gesetzesänderung wird der Geltungsumfang des sog. Nikolausbeschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 (1 BvR 347/98) für das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt klargestellt. Nach dem Leitsatz des Nikolausbeschlusses ist es mit den Grundrechten aus Artikel 2 Absatz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit seinen Beschlüssen vom 20. Januar 2011 über die Änderung der Richtlinien Methoden Krankenhausbehandlung und Methoden vertragsärztliche Versorgung sowie der Verfahrensordnung bereits klargestellt, dass auch eine von ihm ausgeschlossene Methode bei Vorliegen der Voraussetzungen des Nikolaus-Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts im Einzelfall zu Lasten der GKV angewandt werden kann. Der Anspruch der Versicherten nach dem Nikolausbeschluss wird also durch Ausschlussentscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht verkürzt. Im Übrigen bleibt es dabei, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch explizite Ausnahmen in seine Ausschlussentscheidungen aufnimmt, wenn ihm für Patientengruppen, die sich aufgrund von gemeinsamen charakterisierenden Eigenschaften hinreichend klar beschreiben lassen, entsprechende Erkenntnisse vorliegen, dass die Kriterien des Nikolausbeschlusses bei der Patientengruppe vorliegen.

Über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses hinaus wird nunmehr gesetzlich klargestellt, dass der Anspruch nach dem Nikolausbeschluss als eine Ausnahme von § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V im Leistungsrecht der GKV insgesamt gilt. Damit werden keine neuen Leistungen eingeführt; vielmehr werden bereits geltende Anspruchsvoraussetzungen gemäß grundrechtskonformer Auslegung des Leistungsrechts ins Gesetz übernommen.

Voraussetzung für diesen Anspruch ist, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung in einer notstandsähnlichen Situation vorliegt. Dies kann der Fall sein, wenn nach den konkreten Umständen des Einzelfalls droht, dass sich der tödliche Krankheitsverlauf bzw. der nicht kompensierbare Verlust eines wichtigen Sinnesorganes oder einer herausgehobenen Körperfunktion innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums wahrscheinlich verwirklichen wird.

Ferner setzt der Anspruch voraus, dass für die Krankheit eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im konkreten Fall nicht angewendet werden kann. Sofern es sich bei der beanspruchten Leistung um ein Arzneimittel handelt, gehört dazu z. B. auch, dass der Patient weder in eine klinische Prüfung, noch in ein Härtefallprogramm („compassionate use"-Programm) zu diesem Arzneimittel eingeschlossen werden kann.

Des weiteren ist Voraussetzung, dass eine – auf Indizien gestützte – nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Anforderungen an derartige ernsthafte Hinweise sind im Lichte des Nikolausbeschlusses des Bundesverfassungsgerichts um so geringer, je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation des Betroffenen im konkreten Fall ist.

Für nicht oder nicht in der betreffenden Indikation zugelassene Arzneimittel bleiben neben der mit dem neuen § 2 Absatz 1a SGB V vorgenommenen leistungsrechtlichen Klarstellung die vom Bundessozialgericht entwickelten Grundsätze zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, die vom Bundesverfassungsgericht nicht beanstandet wurden (Nichtannahmebeschluss vom 30. Juni 2008, Aktenzeichen 1 BvR 1665/07), unberührt.

Zu Nummer 2 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Das Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung wird in § 39 Absatz 1 und § 112 Absatz 2 als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert. Die Streichung der Verweisung auf die Möglichkeiten zum Vertragsschluss nach §§ 112 und 115 stellt hierzu eine Folgeänderung dar.

Zu Buchstabe b

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz und der schrittweisen Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge wurden die Voraussetzungen für einen transparenten Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen geschaffen. In einem zweiten Schritt werden mit dem neuen § 11 Absatz 6 SGB V die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite der GKV gestärkt.

Zu diesem Zweck werden die bisherigen Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen ausgeweitet. Dabei geht es ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV allen ihren Versicherten gewähren kann.

Die für erweiterte Satzungsregelungen in Betracht kommenden Leistungsbereiche sind im neuen § 11 Absatz 6 SGB V ausdrücklich und abschließend genannt. Es handelt sich um medizinische Vorsorgemaßnahmen (§ 23 SGB V), künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V), zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2 SGB V), die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V), Heilmitteln (§ 32 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und medizinische Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Den Krankenkassen wird in den genannten Bereichen ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt. Allerdings dürfen die Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sein. Auch die gemäß § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei- und Hilfsmittel können mit Ausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel nach § 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V nicht Gegenstand von Satzungsleistungen sein. Die erweiterten Satzungsmöglichkeiten im Bereich der zahnärztlichen Behandlung umfassen nicht den Zahnersatz. Die bewährte Systematik von Festbeträgen und Festzuschüssen soll durch die Ausweitung von Satzungsleistungen nicht gefährdet werden. Die Bundesregierung wird die Auswirkungen der erweiterten Satzungsleistungen auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und den Wettbewerb mit privaten Versicherungsanbietern evaluieren.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V ist zu beachten. Die Leistungen sind in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen. Die Art, die Dauer und der Umfang der jeweiligen Satzungsleistungen müssen klar durch die Krankenkasse definiert sowie transparent und für den einzelnen Versicherten verständlich dargestellt werden.

Die getrennte Ausweisung der zusätzlichen Leistungen (Satzungsleistungen) ist insbesondere aufgrund der gesonderten Zuweisungssystematik des Gesundheitsfonds für zusätzliche Satzungs- und Ermessensleistungen erforderlich.

Zu Nummer 3 (§ 19)

Bei freiwilligem Krankenkassenwechsel gilt gemäß § 19 Absatz 1 SGB V grundsätzlich, dass das Mitglied mit Ende der Mitgliedschaft in seiner alten Krankenkasse seinen Anspruch auf Leistungen verliert. Bei Schließung einer Krankenkasse ist diese Regelung nicht sachgerecht, weil die Mitglieder nicht aktiv ihre Mitgliedschaft beendet haben und insoweit Vertrauensschutz genießen müssen, soweit ihnen Leistungen bewilligt worden sind. Deshalb wird mit dem neuen § 19 Absatz 1a SGB V klargestellt, dass im Falle eines Kassenwechsels anlässlich einer Schließung oder Insolvenz nach §§ 153, 163, 170, 171b SGB V ein nahtloser Versicherungsschutz gewährt wird und Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse fortgelten. Die Aufhebung einer Leistungsentscheidung ist nur ausnahmsweise und insbesondere unter Beachtung des Vertrauensschutzes möglich.

Zu Nummer 4 (§ 28)

Grundsätzlich gilt bei ärztlicher Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung. Das bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt alle Leistungen in vollem Umfang höchstpersönlich erbringen muss. Vielmehr kann er die Erbringung von Leistungen an nichtärztliches Personal delegieren. Die Letztverantwortung des Arztes bleibt dabei erhalten. Er muss jedoch die Hilfsperson je nach den Erfordernissen überwachen und anleiten.

Allerdings werden die bereits jetzt bestehenden Möglichkeiten zur Delegation noch nicht in dem erforderlichen Umfang genutzt. Dies liegt in erster Linie an fehlender Klarheit über Grenzen und Anforderungen an die Delegation. Die Partner der Bundesmantelverträge erhalten daher die Aufgabe klarzustellen, in welchen Fällen Delegation möglich ist und welche Anforderungen an die Beaufsichtigungspflicht des Arztes und an die Qualifikation der Hilfspersonen zu stellen sind. Die zu erstellende Beschreibung delegationsfähiger Leistungen ist nicht abschließend, sondern hat den Charakter einer beispielhaften Aufzählung, die der Orientierung der Handelnden dient.

Eine Stärkung der Delegation stellt einen wichtigen Beitrag zur Entlastung des Arztes und damit zur Verbesserung der Versorgung dar. Der Auftrag an die Bundesmantelvertragspartner beschränkt sich daher auch zunächst auf die ambulante Versorgung, da hier aktuell der größte Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgungssituation besteht.

Unberührt bleibt der Auftrag an den gemeinsamen Bundesausschuss, in Richtlinien festzulegen, in welchen Fällen eine Übertragung von Heilkunde auf Angehörige der Pflegebeberufe möglich ist und die darauf fußende Möglichkeit der Krankenkassen, entsprechende Modellvorhaben durchzuführen (§ 63 Absatz 3c SGB V). Nach Auswertung der Modellvorhaben werden weitere Möglichkeiten der Übertragung von Aufgaben und deren Honorierung geprüft.

Zu Nummer 5 (§ 32)

Die Regelung fördert die Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte. Versicherten, die langfristig Heilmittelbehandlungen benötigen (z. B. Menschen mit schweren Behinderungen oder chronisch Kranke), wird die Möglichkeit eingeräumt, sich die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen.

Das Genehmigungsverfahren ist so auszugestalten, dass die betroffenen Versicherten sowie die behandelnden Vertragsärztinnen und -ärzte von unnötigem bürokratischen Aufwand entlastet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, das Nähere zu regeln. Hierzu zählen insbesondere die Konkretisierung des begünstigten Personenkreises, die Anforderungen an die ärztliche Begründung des Antrags sowie die zeitliche Befristung der Genehmigung. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss insoweit bereits beschlossene Regelung erhält durch die Ergänzung des § 32 nunmehr eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist gehalten, seinen Beschluss unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und der Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung zu überprüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln.

Im Interesse der betroffenen Versicherten ist eine zügige Bescheidung der Anträge geboten. Daher wird den Krankenkassen hierfür eine Frist von vier Wochen eingeräumt. Die Genehmigungsfiktion im Falle einer nicht fristgerechten Antragsbearbeitung stellt sicher, dass nach Ablauf der Bescheidungsfrist auch tatsächlich eine Entscheidung vorliegt.

Zu Nummer 6 (§ 33)

Für das Linsenmaterial von Intraokularlinsen wird eine vergleichbare Mehrkostenregelung geschaffen wie für Hilfsmittel. Die Behandlung des Grauen Star durch operativen Einsatz einer Intraokularlinse (Katarakt-Operation) ist im Rahmen einer medizinisch notwendigen und ausreichenden Behandlung eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei standardmäßig monofokale Intraokularlinsen zum Einsatz kommen. Intraokularlinsen mit Zusatznutzen, wie beispielsweise Multifokallinsen, werden von den Krankenkassen nicht übernommen. Entscheiden sich Versicherte im Zusammenhang mit einer Katarakt-Operation für die Implantation einer Sonderform einer Intraokularlinse (Sonderlinse), z. B. einer Multifokallinse, die das Maß des Notwendigen übersteigt, zahlen sie bislang die Kosten der Sonderlinse vollständig selbst. Zudem mussten auch die anfallenden Operations- und Arzneimittelkosten gänzlich von den Versicherten übernommen werden. Mit der neuen Mehrkostenregelung wird nunmehr sichergestellt, dass die Krankenkassen die Kosten medizinisch notwendiger Intraokularlinsen einschließlich der für diese Versorgung notwendigen ärztlichen Leistungen auch dann übernehmen, wenn Versicherte eine Sonderlinse gewählt haben. Die Abrechnung der Leistungen der Regelversorgung ist durch die Vertragsärztinnen und -ärzte, sofern keine Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt wurde, als Sachleistung vorzunehmen, ggf. ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) durch den Bewertungsausschuss anzupassen. Die Versicherten zahlen in diesen Fällen nur die Mehrkosten, einschließlich etwaiger Folgekosten, die durch die Sonderlinse bedingt sind.

Zu Nummer 7 (§ 35c)

Zu Buchstabe a

Bisher bestehen vier fachgebietsbezogene Expertengruppen: Onkologie, Neurologie/Psychiatrie, Infektiologie, Ophtalmologie. Die Einrichtung mindestens einer ständigen Expertengruppe garantiert, dass auch andere Themen außerhalb der genannten Fachgebiete bearbeitet werden können, ohne dass dafür jeweils die Einrichtung einer eigenen fachspezifischen Expertengruppe notwendig ist. Darüber hinaus ist die Bearbeitung interdisziplinärer Fragen möglich. Die Expertengruppe kann bei Bedarf fachgebietsbezogen um weitere Experten ergänzt werden, um flexibel arbeiten zu können.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung der bisher geübten Praxis im Verfahren zur Bewertung der zulassungsüberschreitenden Anwendung von Arzneimitteln. Satz 1 re-

gelt, dass das nähere Verfahren der Arbeitsweise der Expertenkommissionen in einer Geschäftsordnung festzulegen ist, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Da auch die Experten für die Bewertung der zulassungsüberschreitenden Anwendung von Arzneimitteln unabhängig sein müssen, geben sie bereits jetzt ihre Interessenerklärung auf einem Dokument in Anlehnung an die Interessenerklärung der Europäischen Arzneimittel-Agentur ab. Eine gesetzliche Verankerung dieser Offenlegung dient der Klarstellung. Für die Experten gelten damit die gleichen Offenlegungsverpflichtungen wie für die externen Sachverständigen, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beauftragt. Satz 3 und 4 bestimmt entsprechend der bislang geübten Praxis, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den Expertengruppen die Aufträge zur Bewertung erteilt und dass das Bundesministerium für Gesundheit diese Möglichkeit ebenfalls hat. Die Einzelheiten zur Beauftragung der Expertengruppen und zu den Grundsätzen der Zusammenarbeit mit den Expertengruppen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung nach § 91 Absatz 4.

Zu Nummer 8 (§ 39)

Seit 2007 haben Versicherte nach § 11 Absatz 4 SGB V gegen die Leistungserbringer Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Vorschrift wurde nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt. Nicht alle Krankenhäuser bieten diese Leistung an.

Der Anspruch wird nunmehr konkret auf das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt konzentriert, da dort die meisten Probleme auftreten. Dies betrifft etwa nach Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Ziel des Entlassmanagements ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des „Drehtüreffektes“ beizutragen. Der Anspruch wird als unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung in § 39 SGB V ausgestaltet. Dies erhöht die Verbindlichkeit. Die Krankenkassen gegen die sich der Anspruch auf Krankenhausbehandlung richtet, sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Erbringung der Leistung sichergestellt ist. Die Einzelheiten hierzu werden in Verträgen nach § 112 SGB V, geregelt.

Zu Nummer 9 (§ 40)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick darauf, dass mit § 111c eine eigene Vorschrift zu Versorgungsverträgen mit ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen geschaffen wird. Der bisher geltende § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB bezog sich auf ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, und auf wohnortnahe Einrichtungen. Da nunmehr mit dem neuen § 111c SGB V eine eigene Vorschrift für Versorgungsverträge mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen geschaffen wird, die sich ihrerseits ausdrücklich auf Versorgungsverträge nach § 111 SGB V und auf wohnortnahe Einrichtungen bezieht, ist in § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB V nun der Verweis auf den neuen § 111c SGB V ausreichend. Der Anspruch der Versicherten auf ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bleibt unverändert, insbesondere können ambulante Leistungen nach wie vor als mobile Rehabilitationsleistungen erbracht werden.

Zu Nummer 10 (§ 47a)

§ 47a SGB V enthält in der seit 22. Juni 2000 geltenden Fassung Übergangsvorschriften zur Berücksichtigung von Einmalzahlungen bei der Bemessung des Krankengeldes. für Ansprüche auf Krankengeld, die vor dem 22. Juni 2000 entstanden sind und über die am 21. Juni 2000 noch nicht rechtsgültig entschieden war. Die aufgrund dieser Regelung zu behandelnden Fälle sind zwischenzeitlich durch Zeitablauf erledigt, so dass die Regelung des § 47a SGB V keine praktische Anwendung mehr entfaltet. Sie wird aus Gründen der Entbürokratisierung und Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Nummer 11 (§ 71)

Zu Buchstabe a

Im Rahmen der staatlichen Aufsicht über die Krankenkassen sind die Verträge nach § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen und werden innerhalb von zwei Monaten auf ihre Rechtmäßigkeit geprüft. Für die aufsichtsrechtliche Prüfung der Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung gilt das bereits nach der geltenden Regelung in § 73b Absatz 9. Wegen der Auswirkungen der Verträge auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind die Länder, in denen die Verträge wirksam werden, unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit an der Prüfung zu beteiligen.

Die Vereinbarungen zur Bereinigung der Gesamtvergütungen und Ausgabenvolumen sind von der Regelung nicht umfasst.

Zu Buchstabe b

Zu den bisher in der Vorschrift genannten Verträgen sind auch die Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen. Die Länder erhalten damit einen weiteren Überblick über die Verträge mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen.

Zu Buchstabe c

Die Länder können Versorgungsverträge der Krankenkassen nach §§ 73b, 73c und § 140a Absatz 1 zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung anregen. Die Krankenkassen sind an entsprechende Vorschläge nicht gebunden.

Zu Nummer 12 (§ 73)

Eine gesetzlich nicht vorgesehene Zuweisung von Patientinnen und Patienten gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile stellt einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten dar. Die Vorschrift orientiert sich an den entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen (vgl. § 31 der Mus-

terberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte vor der Änderung beim 114. Deutschen Ärztetag mit Beschluss vom 3. Juni 2011). Das in der Neufassung des § 31 Absatz 1 der Musterberufsordnung zusätzlich enthaltene Verbot der Verordnung oder des Bezuges von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten gegen Entgelt ist Gegenstand des § 128 SGB V. Durch die Regelung wird insbesondere ermöglicht, im Rahmen der Zulassung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften nach § 33 Ärzte-ZV zu prüfen, ob diese nicht allein zu dem Zweck gegründet werden, unzulässige Zuweisungen gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile zu verschleiern. Als sonstige wirtschaftliche Vorteile gelten auch die in § 128 Absatz 2 Satz 3 genannte unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie von Einkünften aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können. Nicht erfasst werden gesetzlich zulässige Vereinbarungen mit Krankenkassen über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen.

Zu Nummer 13 (§ 73b)

Nach § 73b Absatz 4 Satz 2 besteht die Möglichkeit der Einleitung eines Schiedsverfahrens, wenn sich die Vertragsparteien über den Inhalt eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nicht einigen können. In diesem Fall wird der Inhalt des HzV-Vertrages von der Schiedsperson festgelegt (§ 73 Absatz 4a Satz 1). Durch die Formulierung in Satz 4, nach der die Festlegung des Vertragsinhalts keine aufschiebende Wirkung hat, konnte der Eindruck entstehen, dass es sich bei dem Schiedsspruch um einen Verwaltungsakt handeln würde. Mit der Streichung wird klargestellt, dass dies nicht der Fall ist, sondern dass die Schiedsperson analog § 317 BGB als Vertragshelfer tätig wird. Dem entsprechend sind Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten. Eine entsprechende Klarstellung ist erforderlich, da zu dieser Frage unterschiedliche Rechtsprechung ergangen ist. Die Regelung orientiert sich am Wortlaut der insoweit vergleichbaren Regelung des § 77 Absatz 1 Satz 5 SGB XII.

Zu Nummer 14 (§ 75)

Der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung umfasst auch die medizinische Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Gesetzliche Vorgaben, in welcher Weise der Notdienst zu organisieren ist, bestehen nicht. Vielmehr können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Einzelheiten der Organisation und Finanzierung des vertragsärztlichen Notdienstes im Rahmen ihrer Satzungsautonomie regeln. Dabei steht ihnen als Selbstverwaltungskörperschaften ein weiter Gestaltungsspielraum zu, der es ihnen ermöglicht, den Notdienst in einer Weise zu regeln, die den Versorgungsbedürfnissen vor Ort am besten entspricht. Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern (z. B. durch die Einrichtung von Notfallpraxen an Krankenhäusern) sicherstellen können. Dadurch wird die Bedeutung einer sektorenübergreifenden Vernetzung des ärztlichen Notdienstes hervorgehoben. Auch eine organisatorische Verknüpfung (gemeinsame Leitstelle etc.) mit dem Rettungsdienst ist danach möglich.

Zu Nummer 15 (§ 77)

Zu den Buchstaben a und b

Die Sätze 2 und 3 des Absatzes 1 des § 77 sind durch Zeitablauf obsolet geworden und werden daher aufgehoben. Absatz 2 des § 77 wird neu gefasst.

Wie die Ortskrankenkassen (§ 144 SGB V) und die Landesverbände der Krankenkassenarten (§ 207 Absatz 5 SGB V) erhalten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, sich mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder auch länderübergreifend zu vereinigen. Da sich die Vertragspartner der Kassenärztlichen Vereinigungen zunehmend zu länderübergreifenden Einheiten zusammenschließen, ist es sachgerecht, auch den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Möglichkeit zu eröffnen, um das Verhandlungsgleichgewicht gegenüber der Kassenseite zu wahren. Außerdem können sich insbesondere kleinere Kassenärztliche Vereinigungen durch den Zusammenschluss mit anderen Kassenärztlichen Vereinigungen Effizienzvorteile in Bezug auf die Verwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung verschaffen. Bestehen in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen, ist auch deren freiwillige Vereinigung möglich. Für das Verfahren der Vereinigung gelten die Regelungen über das Verfahren der Vereinigung von Krankenkassen entsprechend. Die für eine Vereinigung erforderlichen Organisationsänderungen (z. B. Genehmigung der Satzung der neuen Kassenärztlichen Vereinigung, Bestimmung des Zeitpunkts der Wirksamkeit der Vereinigung) sind von den gemäß § 78 Absatz 1 und 2 SGB V zuständigen Aufsichtsbehörden zu treffen. Für die Anpassung der unterschiedlichen Vergütungen in den vereinigten Kassenärztlichen Vereinigungen wird eine Übergangsfrist bestimmt. Darüber hinaus können insbesondere vergütungsrelevante Unterschiede in den landesrechtlichen Berufsregelungen eine fortgesetzte Unterscheidung der Bereiche der bisherigen Kassenärztlichen Vereinigungen rechtfertigen (z. B. eventuell abweichende Entscheidungen zur Fachgebietszugehörigkeit einzelner Leistungen).

Zu Buchstabe c

Es wird vorgesehen, dass auch die in Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie in Eigeneinrichtungen kommunaler Träger angestellten Ärztinnen und Ärzte Mitglieder der für den jeweiligen Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden. Sie werden damit den bereits bisher in der Vorschrift genannten angestellten Ärztinnen und Ärzten und ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzten gleichgestellt und können damit an der Willensbildung der Kassenärztlichen Vereinigungen mitwirken.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, die Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben auf eine andere Kassenärztliche Vereinigung zu übertragen. Diese Möglichkeit besteht bisher nur für die Leistungsträger, nicht aber für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Angesichts der zunehmenden Komplexität der von den Kassenärztlichen Vereinigungen wahrzunehmenden Aufgaben besteht aber auch innerhalb des KV-Systems ein Bedarf für eine Schwerpunktbildung und Aufgabenbündelung bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, z. B. in Form der Bildung von Kompetenzzentren für einzelne Abrechnungsbereiche. Die Erledigung der den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Aufgaben kann hierdurch effizienter und kostengünstiger erfolgen. Die Einzelheiten der Aufgabenübertragung, wie etwa die Erstattung der durch die Aufgabenwahrnehmung entstehenden Kosten, sind zwischen den Beteiligten zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Überträgt eine Kassenärztliche Vereinigung in entsprechender Anwendung des § 88 des Zehnten Buches (SGB X) die Wahrnehmung ihr obliegender Aufgaben an eine andere Kassenärztliche Vereinigung, so ist dies häufig damit verbunden, dass an den Beauftragten vertraglich auch Datenerhebungen und -verarbeitungen delegiert werden. Anders als bei einer reinen Datenverarbeitung im Auftrag nach § 80 SGB X, bei der dem Auftragnehmer nur technische Hilfstätigkeiten übertragen werden, findet in den Fällen des Satzes 2 sowohl eine Funktionsübertragung als auch eine Übertragung von Datenerhebungs- und -verarbeitungstätigkeiten statt. Um Rechtsunsicherheiten in Bezug auf die hieraus resultierenden datenschutzrechtlichen Folgen zu beseitigen, wird klargestellt, dass die beauftragte Kassenärztliche Vereinigung mit dem Empfang der ihr nach § 285 Absatz 3 Satz 7 übermittelten Daten verantwortliche Stelle gemäß § 67 Absatz 9 Satz 1 SGB X wird. Der Datenfluss zwischen auftraggebender und beauftragter Kassenärztlicher Vereinigung ist daher rechtlich als eine Datenübermittlung an einen Dritten zu qualifizieren mit der Folge, dass die für die auftraggebende Kassenärztliche Vereinigung geltenden rechtlichen Vorgaben auch unmittelbar für die beauftragte Kassenärztliche Vereinigung gelten. Insofern muss die Beauftragte an die auftragsweise Aufgabenwahrnehmung dieselben datenschutzrechtlichen Maßstäbe anlegen wie an die Wahrnehmung ihrer eigenen Aufgaben.

In Satz 3 wird für den oben angesprochenen Fall einer Verknüpfung der Übertragung der Aufgabenerfüllung mit einer Übertragung der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten eine Anzeigepflicht sowohl gegenüber der Aufsichtsbehörde der Auftraggeberin als auch derjenigen der Beauftragten normiert. Dadurch wird eine Gleichstellung mit der Datenverarbeitung im Auftrag nach § 80 SGB X bewirkt, für die eine derartige Anzeigepflicht bereits jetzt nach § 80 Absatz 3 SGB X gilt. Dies ist wegen der vergleichbaren datenschutzrechtlichen Relevanz auch sachgerecht. In der Praxis wurden in den Fällen des § 88 SGB X teilweise auch heute schon Mitteilungen entsprechend § 80 Absatz 3 SGB X veranlasst. Eine aufsichtsrechtliche Prüfung schafft Rechtssicherheit für die Beteiligten, die gerade bei komplexeren Vorhaben wie der Errichtung von Kompetenzzentren ein Interesse an dem Ausschluss finanzieller Risiken haben. Zudem haben die Aufsichtsbehörden die Möglichkeit zu überprüfen, ob für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben personenbezogene Daten erforderlich sind, oder ob hierfür auch anonymisierte Daten ausreichen.

Zu Nummer 16 (§ 79)

Damit die Kassenärztlichen Vereinigungen die Amtsdauer der Vorstände flexibel gestalten können, wird die Vorgabe der 6-jährigen Amtszeit durch die Vorgabe einer Höchstzahl ersetzt. Die entsprechende Regelung für die Amtsdauer der Vorstände der Krankenkassen ist bereits durch das GKV-WSG angepasst worden. Die Amtszeiten bereits gewählter Mitglieder der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bleiben von der Neuregelung unberührt.

Zu Nummer 17 (§ 79c)

Die Änderung dient der Weiterentwicklung der Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung war bisher nur bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verpflichtend zu bilden. Darüber hinaus hat die Mehrzahl der Kassenärztlichen Vereinigungen bereits auf satzungsrechtlicher Grundlage jeweils Fachausschüsse für die hausärztliche Versorgung und die fachärztliche Versorgung eingerichtet. Um die spezifischen Belange der an der haus- und fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte stärker in die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einzubinden, wird die Bildung sowohl von beratenden Fachausschüssen für die hausärztliche Versorgung als auch von beratenden Fachausschüssen für die fachärztliche Versorgung für alle Kassenärztlichen Vereinigungen und für die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtend vorgeschrieben. Dies trägt dazu bei, die Akzeptanz der Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei den an der haus- und fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten zu verbessern.

Zu Nummer 18 (§ 80)

Um einen gleichgewichtigen Einfluss der hausärztlichen und der fachärztlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung auf die Wahl der Mitglieder des Vorstandes zu gewährleisten und damit Tätigkeit des gewählten Vorstandes insgesamt gegenüber den beiden Gruppen in der Vertreterversammlung stärker zu legitimieren, erhalten diese in zukünftigen Wahlen getrennte Vorschlagsrechte für jeweils ein Mitglied des Vorstandes. Dabei sind gemeinsame Vorschläge nicht zwingend, so dass die Mitglieder der jeweiligen Gruppe in der Vertreterversammlung auch konkurrierende Kandidaten zur Wahl vorschlagen können. Die vorgeschlagenen Kandidaten müssen von der Vertreterversammlung weiterhin mehrheitlich gewählt werden. Besteht der Vorstand aus drei Mitgliedern, gilt die Vorschrift nur für zwei von ihnen.

Zu Nummer 19 (§ 84)

Zu den Buchstaben a bis e und g

Die Regelungen stehen in Zusammenhang mit der Änderung des § 300 SGB V, aufgrund der für die nach § 31 verordneten Leistungen die Abrechnungsdaten elektronisch an die Krankenkassen übermittelt werden. Die Änderung durch die Buchstaben a) bis e) sowie g) enthalten eine ausdrückliche Regelung zum Verwendungszweck für die Abrechnungsdaten nach § 300 in § 84. Bereits nach bisherigem Recht sind alle verordneten Leistungen nach § 31 Gegenstand der Arzneimittelvereinbarung. Durch die Änderungen wird Rechtsklarheit hergestellt, dass die Vorschriften des § 84 zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung für alle nach § 31 verordneten Leistungen gelten und keine der nach § 31 verordneten Leistung von diesen Vorschriften freigestellt ist.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um die Korrektur einer fehlerhaften Verweisung. Der ursprünglich ausgenommene Absatz 4a wurde durch Gesetz vom 22. Dezember 2010 gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Wegen der bisher regional sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen wird der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgegeben, auf Bundesebene mit verbindlicher Wirkung für die Prüfungsstellen anzuerkennende Praxisbesonderheiten vorab zu bestimmen. Zur Entlastung der verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte soll zeitnah ein Katalog bundesweit geltender Praxisbesonderheiten vorliegen, der durch regionale Vereinbarungen gegebenenfalls noch ergänzt werden kann. Die künftig für die Prüfungsstellen verbindlichen Festlegungen können auch schon für Prüfungen, die sich auf frühere Verordnungszeiträume beziehen, maßgeblich sein.

Wegen der Bedeutung der zentralen Vorgaben wird klargestellt, dass im Falle einer Nicht-Einigung innerhalb der gesetzten Frist das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 die entsprechenden Festlegungen trifft.

Um die Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens für Heilmittel zu gewährleisten, müssen die auf die anzuerkennenden Praxisbesonderheiten entfallenden Kosten verordneter Heilmittel bei der Vereinbarung der Richtgrößen berücksichtigt und die Richtgrößen gegebenenfalls entsprechend bereinigt werden, wenn diese Kosten eine relevante Größenordnung erreichen. Dies gilt auch für die Kosten nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigter Heilmittel, die gemäß der Änderung unter Nummer 38 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen sollen.

Zu Nummer 20 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Mit der Aufhebung des Vorrangs des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, der daraus resultierenden Aufgabe der starren Ausgabenbegrenzung durch die Grundlohnanbindung und der Erweiterung der Verhandlungsspielräume bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen im vertragszahnärztlichen Bereich (s. Begründung zu Buchstabe d) sollen auch die Möglichkeiten, mit denen auf eine Überschreitung der vereinbarten Gesamtvergütung reagiert wird, flexibilisiert werden. Die Vertragsparteien sind bei Vertragsgestaltung auf der Grundlage von Einzelleistungen nicht mehr verpflichtet, prospektiv Regelungen zur Vermeidung der Überschreitung des Gesamtvergütungsvolumens zu treffen, sondern haben geeignete Mechanismen zu finden, um einen Ausgleich der Interessen herzustellen. Die Vertragsparteien sind weiterhin verpflichtet, die Höhe der Gesamtvergütung als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen festzulegen (§ 85 Absatz 2 Sätze 1 und 2). Auch im Falle von Einzelleistungsvergütungen hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu verhindern, dass es zu Überschreitungen der vereinbarten Gesamtvergütungen kommt (s. Buchstabe f – § 85 Absatz 4 Satz 4).

Für den vertragsärztlichen Bereich gilt seit dem 1. Januar 2009 die abweichende Regelung in § 87a.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Regelungsinhalt kann entfallen. Er wurde im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütungsreform in § 87a Absatz 3 Satz 5 übernommen.

Durch die Neuregelungen sollen – wie bereits im vertragsärztlichen Bereich – die durch die unterschiedliche Höhe der Punktwerte und Gesamtvergütungen bewirkten Belastungsunterschiede bei den verschiedenen Krankenkassen und Kassenarten abgebaut und Chancengleichheit im Wettbewerb hergestellt werden.

Die Ersatzkassen haben historisch bedingt im Bereich der zahnärztlichen Behandlung ohne Zahnersatz höhere Punktwerte und damit verbunden auch höhere Gesamtvergütungen als die übrigen Krankenkassen. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben beruhen hingegen auf den durchschnittlichen Ausgaben für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Neuregelung der vertragszahnärztlichen Vergütung trägt damit auch den Rahmenbedingungen für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen Rechnung.

Aus diesem Grund ist vorgesehen, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einmalig gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung für die jeweiligen Leistungsbereiche (z. B. konservierend-chirurgische Leistungen, Kieferorthopädie, Individualprophylaxe und Früherkennung) die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2012 ermitteln und diese als Ausgangsbasis für die Vereinbarung der Veränderungen für 2013 nach Absatz 3 zugrunde legen. Für den Fall, dass für das Bezugsjahr 2012 noch keine Punktwerte vereinbart wurden, werden die Punktwerte des Vorjahres herangezogen und um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte nach § 71 Absatz 3 für 2012 festgestellte Veränderungsrate erhöht. In den neuen Bundesländern und Berlin ist zusätzlich die für das Jahr 2012 in Absatz 3g vorgesehene Anpassung zu berücksichtigen. Bei der Gewichtung nach der abgerechneten Punktmenge und für die Ermittlung fiktiver Punktwerte nach Satz 3 ist von der Menge der für die Versicherten der jeweiligen Krankenkasse für das Jahr 2012

gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechneten Punkte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung auszugehen. Sofern die abgerechnete Punktmenge noch nicht vorliegt, sind Schätzwerte zugrunde zu legen.

Das in Satz 3 geregelte Verfahren zur Bildung fiktiver Punktwerte bei Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die keine Einzelleistungsvergütung vereinbart haben, hat nur die Funktion eines Rechenschritts zur Ermittlung der Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013. Damit wird weder ein Präjudiz für ein bestimmtes Vergütungssystem noch für die Punktwerthöhe im Falle einer etwaigen späteren Vereinbarung von Einzelleistungen geschaffen.

Da die im Bezugsjahr 2012 vereinbarten Gesamtvergütungen auf der Basis der alten, kassenartenspezifischen Punktwerte gebildet wurden, sind diese nunmehr auf der Grundlage der neuen durchschnittlichen Punktwerte rechnerisch anzupassen. Die so errechneten Gesamtvergütungen bilden dann die Grundlage für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013. Es wird davon ausgegangen, dass bei der Berechnung der Ausgangsgrundlage für die Vertragsverhandlungen Sonderzahlungen, die von einzelnen Krankenkassen freiwillig geleistet wurden, Berücksichtigung finden. Insgesamt geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Gesamtvertragspartner bei der Berechnung der Ausgangsgrundlage sicherstellen, dass die Summe der Gesamtvergütungen einschließlich eventuell berücksichtigter Sonderzahlungen kassenartenübergreifend unverändert bleibt.

Auf der Basis der nach Absatz 2a angepassten Gesamtvergütungen werden für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013 dann erstmals die in Absatz 3 festgelegten veränderten Kriterien zur Anwendung kommen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung in Absatz 2b ist gegenstandslos geworden und kann folglich aufgehoben werden.

Zu Buchstabe d

Mit den Änderungen in § 85 Absatz 3 werden die gesetzlichen Vorgaben über die Veränderung der Gesamtvergütung in der vertragszahnärztlichen Versorgung neu gestaltet.

In der Vergangenheit war hauptsächlich das vertragsärztliche Vergütungssystem, für das bis zum Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 im Wesentlichen gleiche gesetzliche Vorgaben galten wie für das vertragszahnärztliche Vergütungssystem, Gegenstand vielfältiger gesetzlicher Änderungen. Dies war darin begründet, dass aus den Bedingungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem, insbesondere in Bezug auf die angewendeten Berechnungsarten der Gesamtvergütung, die für die Morbidität maßgeblichen Aspekte, die Art der zu vergütenden Leistungen sowie die Honorarverteilung auf verschiedene Versorgungsbereiche und verschiedene Arztgruppen Mängel und Defizite resultierten, die negative Auswirkungen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung hatten und einen dringenden Handlungsbedarf aufwarfen, um den Besonderheiten im ärztlichen Bereich Rechnung zu tragen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde deshalb die Grundentscheidung getroffen und umgesetzt, dass für die Vereinbarungen der ärztlichen Gesamtvergütungen mit Wirkung zum 1. Januar 2007 nicht primär die finanzielle Situation der Krankenkassen maßgeblich ist, sondern die Veränderung des mit der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarfs. Infolgedessen wurde das finanzielle Risiko einer morbiditätsbedingten Mengenentwicklung (Morbiditätsrisiko) auf die Krankenkassen verlagert mit der Folge, dass im ärztlichen Vergütungssystem die Morbidität der Versicherten berücksichtigt wird.

Nunmehr ergibt sich auch für die vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz die Notwendigkeit, das Vergütungssystem weiterzuentwickeln.

Aufgrund von – durch die Öffnung der Krankenkassen bedingten – Wanderungsbewegungen der Mitglieder zwischen den Krankenkassen und Veränderungen in der Zusammensetzung der Versichertenstruktur hat sich bei einzelnen Krankenkassen die durchschnittliche Leistungsmenge je Versicherten deutlich verändert. Dies hat zur Folge, dass die vertragszahnärztlichen Leistungen aufgrund der Begrenzung durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zum Teil nicht mehr angemessen vergütet wurden.

Ziel der Regelungen ist es – wie zuvor auch im vertragsärztlichen Bereich -, den Vertragsparteien für die Gesamtvergütungsvereinbarungen größere Verhandlungsspielräume zu eröffnen und Veränderungen der Gesamtvergütungen zu ermöglichen, die den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse widerspiegeln und nicht allein und vorrangig von der Einnahmesituation der Krankenkassen bestimmt werden. Den Vertragsparteien werden daher für die Gesamtvergütungsvereinbarungen neue Kriterien – die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur – vorgegeben, auf deren Grundlage die Vertragsparteien zielgenauer eine angemessene Vergütungshöhe vereinbaren sollen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird zukünftig für die vertragszahnärztliche Versorgung (ohne Zahnersatz) auf die sich aus § 71 ergebende, vorrangige Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, d.h. auf die starre Begrenzung entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, verzichtet. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die übrigen in § 85 Absatz 3 Satz 1 genannten Kriterien wie z. B. die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur stehen nunmehr gleichwertig nebeneinander. Dadurch erhalten die letztgenannten Kriterien eine höhere Bedeutung und die Vertragsparteien eine höhere Verantwortung für die Vereinbarung einer bedarfsgerechten Anpassung der Gesamtvergütungen. Das bedeutet, dass nach Abwägung der unterschiedlichen Interessen eine Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 zulässig sein kann, wenn ansonsten eine angemessene Berücksichtigung der übrigen in Satz 1 genannten Kriterien nicht möglich ist.

Mit dem in Satz 1 aufgenommenen neuen Kriterium der Zahl der Versicherten wird den Vertragspartnern zukünftig auch eine Berücksichtigung der Zahl der Familienversicherten ermöglicht. Zudem werden unter dem neuen Kriterium der Struktur der Versicherten auch die sich durch Zu- und/

oder Abwanderungen ergebenden Veränderungen der Versichertenstruktur erfasst. Damit kann ein unterschiedlicher Behandlungs- und Leistungsbedarf verschiedener Altersgruppen – in der vertragszahnärztlichen Versorgung haben Versicherte höheren Alters z. B. einen geringeren Bedarf an konservierendchirurgischen Leistungen als Jüngere – in den Vereinbarungen über die Gesamtvergütung berücksichtigt werden. Die Vergütungsverhandlungen können differenzierter und bedarfsgerechter, d. h. stärker auf die Versorgungsrealität abgestimmt, geführt werden.

Ebenfalls neu in Satz 1 aufgenommen ist das Kriterium der Morbiditätsentwicklung. Da die orale Morbiditätsentwicklung ein maßgeblicher Parameter für den zahnärztlichen Behandlungsbedarf darstellt, ist diese ebenfalls bei den Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen. Hierbei können ein morbiditätsbedingter Rückgang (z. B. weitere Abnahme von Zahnextraktionen und Füllungen infolge einer sich weiter verbessernden Mundgesundheit) oder ein Anstieg bestimmter Leistungen sowie Verschiebungen zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen der vertragszahnärztlichen Versorgung (ohne Zahnersatz) ihren Niederschlag finden.

Anstelle des bisherigen Kriteriums der Praxiskosten wird das auch im ärztlichen Bereich maßgebliche Kriterium der Kosten- und Versorgungsstruktur gesetzt. Damit kann regionalen Unterschieden und auch Veränderungen sowohl in der Kostenstruktur (wie z. B. das Lohn- und Gehaltsniveau der Praxisangestellten, Mietniveau) als auch in der Versorgungsstruktur – wie z. B. Veränderungen der Praxisstrukturen (z. B. Zunahme von Gemeinschaftspraxen), der Angebotsstrukturen (z. B. aufgrund von Spezialisierungen), der Zahnarztdichte – Rechnung getragen werden.

Daneben bleibt es bei den bisherigen Kriterien „Arbeitszeit“ sowie „Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen.“

In Satz 2 wird nunmehr der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gleichgewichtig neben die Kriterien des Satzes 1 gestellt und damit die strikte gesetzliche Ausgabenbegrenzung beseitigt.

Durch Satz 3 wird klargestellt, dass mit der Neufassung des Absatzes 3 keine Einschränkung der nach Absatz 2 Satz 2 weiterhin bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten der Gesamtvertragsparteien hinsichtlich der Vereinbarung von Gesamtvergütungen verbunden ist.

Mit der in Satz 4 geregelten Mitteilung der nach Altersgruppen gegliederten Anzahl der Versicherten durch die einzelnen Krankenkassen wird an die bestehende Meldung der Krankenkassen nach § 79 SGB IV angeknüpft. Dadurch wird vermieden, dass bei den Krankenkassen durch einen zusätzlichen Erfassungsaufwand erhöhte Verwaltungskosten entstehen.

In Satz 5 wird klargestellt, dass die Vertragsparteien des Gesamtvertrages bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen für das Jahr 2013 die tatsächlich für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen in ihre Verhandlungen einzubeziehen haben. Die für die Versicherten einer Krankenkasse oder Kassenart gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnete Punktmenge nach erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung gibt einen wichtigen Anhaltspunkt über den tatsächlichen Leistungsbedarf der Versicherten dieser Krankenkasse oder Kassenart im Vorjahr, der für die Veränderungen der Gesamtvergütungen für das Jahr 2013 im Hinblick auf eine bedarfsorientierte Anpassung der Vergütungen Bedeutung hat.

Für den vertragsärztlichen Bereich gilt seit dem 1. Januar 2009 die abweichende Regelung in § 87a.

Zu Buchstabe e

Die Aufhebung der Absätze 3a, 3b, 3d und 3e betrifft abgelaufene Übergangsregelungen. Die Vorgaben in Absatz 3c können entfallen. Die Neuregelung zur Vereinbarung der Gesamtvergütungen (§ 85 Absatz 3) verfolgt die Zielsetzung, die Verhandlungsspielräume der regionalen Vertragspartner zu stärken und zu flexibilisieren. Eine Vorgabe des Gesetzgebers, die den Vertragspartnern eine nachträgliche Korrektur der Gesamtvergütungen vorschreibt, bedarf es vor diesem Hintergrund nicht mehr. Eine neue Regelung über die für die Vertragsverhandlungen zu übermittelnden Daten ist nunmehr in Absatz 3 Satz 4 enthalten.

Zu Buchstabe f

Mit der Neufassung des Absatzes 4 wird für den vertragszahnärztlichen Bereich im Wesentlichen das geltende Recht beibehalten. Mit der Neuregelung in Satz 2 wird der vor dem 1. Juli 2004 bestehende Rechtszustand wieder hergestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Honorarverteilungsmaßstab in eigener Verantwortung als Satzung zu beschließen und das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen herzustellen haben. Eine vertragliche Vereinbarung – wie sie ab dem 1. Juli 2004 gesetzlich vorgegeben war – ist nicht mehr vorgesehen. Die Vertragskonzeption hat keine erkennbaren positiven Auswirkungen gezeigt, die den aufgrund des Erfordernisses einer inhaltlichen Abstimmung mit sich bringenden Nachteil eines verwaltungsaufwendigen, zeitintensiven und weniger flexiblen Verfahrens rechtfertigt. Die bisher in Absatz 4 enthaltenen Vorgaben für den vertragsärztlichen Bereich können als Folgeänderung zur Neufassung des § 87b entfallen.

Zu Buchstabe g

Bei der Aufhebung des Absatzes 4a handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 87b.

Zu Nummer 21 (§ 85c)

Es handelt sich um die Aufhebung abgelaufener Übergangsregelungen.

Zu Nummer 22 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Telemedizin soll vor allem für den ländlichen Raum ein wichtiger Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung werden und besonders gefördert werden. Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag zu prüfen und festzulegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ambulant telemedizinisch erbracht werden können und wie in Folge der derzeitige EBM entsprechend anzupassen ist. Dieser Auftrag bezieht sich auch auf die Überprüfung des Anpassungsbedarfs der bundesmantelvertraglich vereinbarten Kostenpauschalen (Kapi-

tel 40 des EBM) hinsichtlich der elektronischen Übermittlung ärztlicher Unterlagen.

Zu Buchstabe b

Der Grad der Pauschalierung im hausärztlichen Versorgungsbereich des einheitlichen Bewertungsmaßstabs ist mit dem Ziel der Stärkung förderungswürdiger Einzelleistungen und Leistungskomplexe zurückzuführen. Dabei sind insbesondere versorgungsrelevante Leistungsbereiche zu berücksichtigen (z. B. Gesprächsleistungen, Telemedizin).

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur besonderen Berücksichtigung ambulanter telemedizinischer Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Bewertungsausschuss war nicht in der Lage, den ihm mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auferlegten und sehr komplexen Auftrag mit Wirkung zum 1. Januar 2011 umzusetzen. Dieser beinhaltete, einen Teil der Zusatzpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich, mit denen die Behandlung von Versichertengruppen, die einen erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionale Kosten aufweisen, vergütet wird, für jede Arztgruppe durch arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen zu ersetzen. Zur Vereinfachung des Vergütungssystems wird die ursprünglich vorgesehene Frist gestrichen (vgl. Absatz 2d, Streichung des Satzes 3 unter Buchstabe d Doppelbuchstabe bb) und der obligatorische Auftrag in eine Option für den Bewertungsausschuss umgewandelt. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit diesem Gesetz für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einen Entwicklungsauftrag erhält, eine diagnosebezogene Vergütungssystematik und -kalkulation festzulegen (vgl. § 116b)

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Berücksichtigung ambulanter telemedizinischer Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (vgl. Änderung des Absatzes 2a) sowie der Streichung von § 295 Absatz 3 Satz 2 (ambulante Kodierrichtlinien), weil Aufwand und Nutzen in keinem sachgerechten Verhältnis zueinander stehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die Aufhebung abgelaufener Fristen von inzwischen erledigten Aufträgen sowie einer Folgeänderung zur Regelung unter Buchstabe c Doppelbuchstabe bb.

Zu Buchstabe e

Im Rahmen des Ausbaus der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung werden die Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und -ärzten über Vergütungsanreize weiter entwickelt. Dabei wird auf die Anwendung von Sonderpreisen bei Über- und Unterversorgung endgültig verzichtet. Der Bewertungsausschuss legt nur noch einen Orientierungswert fest. Damit wird das Vergütungssystem vereinfacht.

Zu Buchstabe f

Zur Stärkung der regionalen Kompetenzen der Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen wird der Auftrag des Bewertungsausschusses jährlich Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur festzulegen, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertverhandlungen von dem Orientierungswert abgewichen werden kann, gestrichen.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des Absatzes 2e.

Zu Buchstabe h

Die Regelung stellt klar, dass das in der Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses bereits enthaltene Vertraulichkeitsgebot auch bei Auskunftsersuchen nach dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) gilt. Nach § 3 Nummer 4 IFG besteht kein Anspruch auf Informationszugang, wenn die Information einer durch Rechtsvorschrift geregelten Geheimhaltungs- oder Vertraulichkeitspflicht unterliegt. Mit der gesetzlichen Klarstellung werden deshalb Zweifel an der Rechtsnormqualität beseitigt. Die Vertraulichkeitspflicht umfasst neben den Beratungen, den Beratungsunterlagen, den Ergebnissen der Beratungen (Niederschriften/Protokolle) auch die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen im Bewertungsausschuss dienenden Unterlagen der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses sowie den Zeitraum nach Beschlussfassung. Der Bewertungsausschuss als Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung ist oft durch gegensätzliche Interessen geprägt, die von jeder Seite Kompromisse erforderlich machen. Den Teilnehmern am Bewertungsausschuss würde ohne die Zusicherung der Vertraulichkeit eine Äußerung ihrer fachlichen Meinung und die Zustimmung zu Kompromissen erschwert oder unmöglich gemacht, da sie befürchten müssten, dass entsprechende, ggf. im Laufe der Beratungen auch geänderte Positionierungen im Nachhinein öffentlich werden. Die Kompromissfindung und sachbezogene Diskussion als eines der Wesensmerkmale der Selbstverwaltung würde vor diesem Hintergrund deutlich beeinträchtigt.

Zu Buchstabe i

Mit der Neufassung wird auf Berichte und Datenübermittlungen des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit und damit auch die Vorlage an den Deutschen Bundestag verzichtet, da mit § 87c (neu) vorgesehen ist, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die öffentliche Transparenz zum Vergütungs- und Versorgungsgeschehen im vertragsärztlichen Bereich durch Veröffentlichung von Berichten und ergänzenden Informationen auch zu regionalen Honorarunterschieden und Leistungen herbei-

führen muss. Zudem wird durch die Regelung in Satz 1 der künftige Umfang der Analysen des Bewertungsausschusses zu den Auswirkungen seiner Beschlüsse im Hinblick auf die regionale Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer reduziert, um der verringerten Bedeutung seiner Kompetenzen im Vergütungssystem Rechnung zu tragen.

Zu Buchstabe j

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Aufhebung des § 85 Absatz 4a sowie der Absätze 7 und 8 und der mit diesem Gesetz dem Bewertungsausschuss übertragenen Aufgabe zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs nach § 116b Absatz 6.

Zu Buchstabe k

Mit der Änderung in Absatz 5 gilt die Vertraulichkeit auch für die Beratungen, die Beratungsunterlagen und Niederschriften des erweiterten Bewertungsausschusses.

Zu Buchstabe l

Die Vergütung der ambulanten spezialärztlichen Leistungen nach § 116b erfolgt bis zur Einführung einer eigenständigen, möglichst pauschalierten Vergütung der ambulanten spezialärztlichen Leistungen einheitlich für alle Leistungserbringer über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Soweit der EBM in dieser Übergangsphase zur Abbildung der ambulanten spezialärztlichen Leistungen auch im Hinblick auf die teamorientierte Fallbehandlung zu ergänzen ist, bedarf es einer ausschließlich für diesen Zweck vorzusehenden Ergänzung des Bewertungsausschusses und des erweiterten Bewertungsausschusses bei Beibehaltung der paritätischen Besetzung auf Seiten der Leistungserbringer und der Krankenkassen um Vertreterinnen oder Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Zu Buchstabe m

Mit der Ergänzung in Absatz 6 wird für die Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des erweiterten Bewertungsausschusses sowie für die entscheidungserheblichen Gründe der Beschlussfassungen analog zu den Regelungen zum Wirksamwerden der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 94 Absatz 2 Satz 1 eine öffentliche Bekanntmachung vorgesehen. Dies erfolgt im Zusammenhang mit den Änderungen in den Absätzen 3 und 5, um die Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses transparent zu machen. Die Bekanntmachung der Beschlüsse kann entweder im Internet oder im Deutschen Ärzteblatt bzw. in beiden Medien gleichzeitig erfolgen. Zudem wird festgelegt, dass bei einer alleinigen Bekanntmachung im Internet immer zusätzlich ein Hinweis auf die Fundstelle im Deutschen Ärzteblatt zu veröffentlichen ist, um das Auffinden des Beschlusses durch den Rechtsanwender zu gewährleisten.

Zu Buchstabe n

Die Aufhebung von Absatz 7 ist eine Folgeänderung zur Änderung von Absatz 2g. Die Aufhebung von Absatz 8 ist durch die Erledigung der darin vorgesehenen Berichtspflicht obsolet. Die Regelungen in Absatz 9 werden im Hinblick auf den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes erfolgten Fristablauf aufgehoben.

Zu Nummer 23 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Streichung einer obsoleten zeitlichen Vorgabe.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 87 Absatz 2g.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 87 Absatz 2g.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um einen Folgeänderung der Aufhebung von § 87 Absatz 2f.

Zu Doppelbuchstabe dd

Im Rahmen des Ausbaus der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung werden die Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und -ärzten über Vergütungsanreize weiter entwickelt. Auf Grundlage von bundeseinheitlichen Kriterien im Sinne der Verbesserung der Versorgung der Versicherten, die durch die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene im Bewertungsausschuss festgelegt werden, erhalten die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen künftig die Möglichkeit, regionale Preiszuschläge zu vereinbaren. Hierzu zählen Zuschläge für förderungswürdige Leistungen und Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungserbringer (z. B. Verbesserung der Hausbesuchstätigkeit) insbesondere in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht bzw. nach § 100 Absatz 3 festgestellt worden ist, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Dies eröffnet auch den rechtlichen Spielraum der besonderen Leistungsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten insbesondere im Hinblick auf eine überdurchschnittliche Qualität, die an definierte Versorgungsziele geknüpft ist (z. B. Verbesserung des Blutzuckerwertes bei Diabetikern), adäquat Rechnung zu tragen. Aus dem Regelungszusammenhang mit Absatz 3 ergibt sich, dass aus der Möglichkeit, für bestimmte Leistungen Zuschläge auf den Orientierungswert zu vereinbaren, eine ausgabenwirksame Anhebung der von den Krankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütung resultiert.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 87 Absatz 2g. Weiterhin wird gewährleistet, dass alle auf Absatz 2 beruhenden Vereinbarungen, die Auswirkungen auf die Höhe des Punktwertes haben, in der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgewiesen werden.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 87 Absatz 2g.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 87a Absatz 2 Satz 3.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Änderung wird die Kompetenz des Bewertungsausschusses zu Gunsten der regionalen Abweichungsspielräume bei den Vergütungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen abgeschwächt. Künftig wird es hierzu im Wesentlichen nur noch Empfehlungen des Bewertungsausschusses geben (vgl. Änderung des § 87a Absatz 5). Diese Empfehlungen sind für die Vereinbarungen auf der Ebene der regionalen Selbstverwaltung nicht verbindlich. Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung (Doppelbuchstabe aa) sowie um eine Richtigstellung eines Verweisfehlers (Doppelbuchstabe bb).

Zu Buchstabe e

Durch die Neufassung des Absatzes 4 wird die mit diesem Gesetz deutlich gestärkte Gestaltungsverantwortung der regionalen gemeinsamen Selbstverwaltung, das heißt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, bei den Vereinbarungen über die Anpassung des notwendigen Behandlungsbedarfs verdeutlicht.

Der in Satz 1 genannte und jährlich in Vereinbarungen anzupassende notwendige Behandlungsbedarf entspricht – wie im bisherigen Recht – dem Umfang der medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungsmengen, aus denen sich, bewertet mit dem regional vereinbarten Punktwert (ggf. angepasst mit Zu- oder Abschlägen), die von den Krankenkassen für das Folgejahr zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ergibt. Künftig haben die regionalen Vertragspartner über die notwendige Anpassung des Behandlungsbedarfs in Verhandlungen zu treten und dabei (in regionaler Hinsicht) insbesondere die Veränderungen der in den Nummern 1 bis 5 aufgeführten Kriterien zu berücksichtigen. Grundlage der regionalisierten Vereinbarung der Anpassungen des Behandlungsbedarfs anhand der gesetzlichen Kriterien ist der im Vorjahr für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarte und bereinigte morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf und nicht die abgerechnete Leistungsmenge, so dass den Kassen aus der Umstellung des Vergütungssystems insgesamt keine Mehrausgaben entstehen. Die Anpassungskriterien entsprechen dabei im Wesentlichen dem bisherigen Recht, wobei jedoch die Bezugsgrößen zur Berücksichtigung der Versichertenzahl sowie der Morbiditätsstruktur in regionaler Hinsicht konkretisiert werden. Für die Berücksichtigung der Kriterien wird auf Vorgaben des Bewertungsausschusses verzichtet. Künftig wird es als wesentliche Verhandlungsgrundlage jährlich bis zum 31. August Empfehlungen und Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses sowie Mitteilungen von KV-bezogenen Berechnungsergebnissen an die Vertragsparteien geben (vgl. Begründung zu Buchstabe f (Absatz 5)).

Satz 2 (neu) stellt zudem klar, dass der Ausgangswert für die Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor Anwendung der Fortschreibungskriterien nach Satz 1 für eine Krankenkasse jährlich zu aktualisieren ist, so dass ihr Anteil am für alle GKV-Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf des Vereinbarungsjahres dem aktuellen Verhältnis der für ihre Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk abgerechneten und nach der regionalen Euro-Gebührenordnung bewerteten Leistungen zu den für alle Versicherten im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Leistungen entspricht. Daraus ergeben sich jährliche Umverteilungen der Gesamtvergütungen unter den einzelnen Krankenkassen, die die Veränderungen der Inanspruchnahme und deren Auswirkungen auf die Ist-Leistungsinanspruchnahme des jeweiligen Versichertenkollektivs zwischen den Kassen berücksichtigen. Bei der Ermittlung sind aktualisierte Versichertenzahlen und Bereinigungsstände zu berücksichtigen. Die Anreize zum wirtschaftlichen Handeln bei den einzelnen Kassen, z. B. zur Beeinflussung überproportionaler Leistungsmengen durch Nutzung von gesetzlich ermöglichten Vertragsoptionen, werden so gestärkt. Die Zahlungen der einzelnen Kasse orientieren sich demgegenüber bisher an den Leistungsmengen, die vor der zum 1. Januar 2009 umgesetzten Honorarreform abgerechnet wurden. Eine tatsächliche Berücksichtigung von Veränderungen des Behandlungsbedarfs erfolgt bisher lediglich über Bereinigungsregelungen bezogen auf an einem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte und ausschließlich auf die in diesen Verträgen geregelten Leistungen, die kollektivvertragliche Leistungen ersetzen. Sonstige Veränderungen der tatsächlichen Inanspruchnahme und deren Auswirkungen auf die Ist-Leistungsmengen des jeweiligen Versichertenkollektivs, z. B. als Folge der Realisierung von Effizienzreserven durch ein gezieltes Versorgungsmanagement der einzelnen Kasse, werden dagegen kassenbezogen bisher nicht berücksichtigt. Auch im umgekehrten Fall tragen die Kassen, deren Versicherte eine überproportionale Entwicklung der Leistungsinanspruchnahme aufweisen, bisher die daraus resultierenden wirtschaftlichen Folgen nicht.

Satz 3 (neu) räumt der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung eine höhere Flexibilität und Kompetenz ein. Die konkrete Höhe der Steigerungsrate zur Berücksichtigung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur aller Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk und damit der wesentlichen Bestimmungsgröße für die Höhe der Gesamtvergütung basiert auf einer regional auszuhandelnden Festlegung einer konkreten zusammenfassenden Gewichtung der als Verhandlungsempfehlungen zur Morbiditätsentwicklung den regionalen Vertragspartnern mitgeteilten Raten. Eine Addition der demographischen Rate und der diagnosenbezogenen Rate sowie eine Veränderung dieser einzelnen Raten ist ausgeschlossen. In diesem Verhandlungsprozess können Aspekte einer qualitätsgesi-

cherten Kodierung von Diagnosen (wie auch rein statistische Effekte, z. B. von Up- oder Right-Coding, denen keine zusätzliche Morbiditätsveränderung gegenübersteht) angemessen berücksichtigt werden. Die regionalen Vertragspartner sind in der Verantwortung, die Anwendung der Behandlungsdiagnosen auf die Veränderungsrate der Morbidität sachgemäß umzusetzen.

Satz 4 (neu) erhöht vor dem Hintergrund der weitgehenden Regionalisierung die Spielräume der gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Gestaltung der Vergütung zusätzlich. Dies wird dadurch erreicht, dass die regionalen Vertragspartner die bisher nur dem Bewertungsausschuss gegebene Möglichkeit nunmehr regional anwenden können und somit weitere sachgerechte sowie für die Vereinbarung der Veränderung des ambulanten Behandlungsbedarfs und für die wirtschaftliche Versorgung der Patienten relevante Morbiditätskriterien für die Verhandlung des notwendigen Behandlungsbedarfs bei Bedarf heranziehen können. Für eine höhere vertragliche Flexibilität entfällt dabei auch die als Überregulierung anzusehende zwingende Anforderung des bisherigen Rechts, dass diese Kriterien mit den im jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sein müssen.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderungen in Satz 1 (Buchstaben aaa bis ddd) wird die Kompetenz des Bewertungsausschusses zu Gunsten der regionalen Abweichungsspielräume bei den Vereinbarungen zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf Empfehlungen beschränkt. Des Weiteren sind Empfehlungen des Bewertungsausschusses vorgesehen für die bundeseinheitliche Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der extrabudgetären Gesamtvergütung, um die Stabilität und Transparenz der Berechnungsverfahren zur Anpassung des Orientierungswertes sowie der KV-bezogenen diagnosenbezogenen Raten zur Berücksichtigung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur zu gewährleisten (Buchstabe ddd). Des Weiteren werden mit dem Ziel der stärkeren Regionalisierung des Vergütungssystems Aufträge des Bewertungsausschusses für bundeseinheitliche Verfahrensvorgaben zur Berücksichtigung von Veränderungen von Art und Umfang vertragsärztlicher Leistungen durch fakultative Empfehlungen ersetzt (vgl. Satz 7 (neu)).

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die neuen Sätze 2 bis 6 werden die Empfehlungen des Bewertungsausschusses für die regionalen Vergütungsverhandlungen zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen konkretisiert. Die Empfehlung muss dabei in jedem Fall auch eine Mitteilung des Bewertungsausschusses zu Berechnungsergebnissen vorsehen, aus denen sich die in dem jeweiligen KV-Bezirk zu berücksichtigenden Veränderungsraten ergeben (Satz 2). Diese Raten geben – basierend auf dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 für die Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 2010 – einerseits die diagnosenbezogenen Veränderungen und andererseits die demographischen Veränderungen wider. Diese Raten sind als Empfehlung zur „Morbiditätsrate“ an die regionalen Vertragspartner anzusehen. Lediglich für den Fall, dass KV-spezifische Diagnosedaten nicht vorliegen, sind für die Berechnung der Diagnoserate bundesweite Daten heranzuziehen. Mit den Berechnungen wird das unabhängige Institut des Bewertungsausschusses beauftragt (Satz 3). Satz 4 regelt klarstellend, dass diese Berechnungen der im Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 unter Teil B (Abschnitt 2.3) festgelegten Vorgehensweise zur Anpassung der Leistungsmenge folgen, allerdings auf Basis der bis zum Berechnungszeitpunkt (spätestens 15. September 2012) vorliegenden jeweils aktuellsten Versicherten- und Abrechnungsdaten der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, den Diagnosen, dem Behandlungsbedarf sowie der KM 6-Versichertenstatistik (Alters- und Geschlechtsgruppen). In Satz 5 wird klarstellend vorgegeben, dass die Messung der auf den Behandlungsdiagnosen basierenden Rate auf Grundlage der in dem o. a. Beschluss vorgesehenen vom Institut des Bewertungsausschuss angepassten Variante H des Klassifikationssystems durchzuführen ist. Nach Satz 6 kann der Bewertungsausschuss künftig dieses Modell in regelmäßigen Abständen auf seine weitere Eignung zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung prüfen, z. B. hinsichtlich der Zahl der Risikoklassen (sog. Condition Categories) oder zum Umfang der Berücksichtigung des ICD-10-GM.

Zu Doppelbuchstabe cc

Satz 7 (neu) überträgt im ersten Halbsatz dem Bewertungsausschuss die Aufgabe, für die Kassenärztlichen Vereinigungen Vorgaben für ein bundeseinheitliches Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs zu beschließen, um die Vereinbarung von Selektivverträgen auf regionaler Ebene, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung getroffen werden, die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung oder die Kostenerstattung zu flankieren. Zudem wird der Bewertungsausschuss beauftragt, Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte für die Anpassungen des Behandlungsbedarfs insgesamt sowie für die einzelnen Krankenkassen zu beschließen. Der Aufsatzwert ist der für das Vorjahr vereinbarte und bereinigte Behandlungsbedarf. Hierbei handelt es sich um den von Vertragsparteien für das Vorjahr als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen und als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Behandlungsbedarf (vgl. § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V) unter Berücksichtigung von Bereinigungen (diese sind im bisherigen Recht für die besonderen Versorgungsformen nach § 73b (hausärztliche Versorgung), § 73c (besondere ambulante ärztliche Versorgung), § 140d (Integrierte Versorgung) sowie für die Kostenerstattung nach § 13 vorgesehen und nach diesem Gesetz künftig auch für § 116b). Im zweiten Halbsatz wird dem Bewertungsausschuss die Möglichkeit eröffnet, Empfehlungen zu den in den regionalen Vereinbarungen zu berücksichtigenden weiteren Kriterien zur Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen des notwendigen Leistungsumfangs an die regionalen Vertragspartner zu geben. Die Empfehlungskompetenz bezieht sich auch auf die Berück-

sichtigung in den Fällen des Absatzes 4 Satz 3 und 4. Darüber hinaus kann er Bereinigungsverfahren im Zusammenhang mit dem Klassifikationsverfahren festlegen. Satz 8 (neu) regelt die Fristen zu den Beschlussfassungen sowie den künftigen Mitteilungen des Bewertungsausschusses nach neuem Recht sowie die Aufhebung obsoleter Fristen.

Zu Buchstabe g

Durch die Änderungen in Absatz 6 wird aus Gründen der Datenvermeidung und Datensparsamkeit auf die bisherigen Regelungen zur Übermittlung versichertenbezogener Daten im Wege der elektronischen Datenverarbeitung an die regionalen Vertragspartner verzichtet. Versichertenbezogene Daten werden auf Landesebene für die Zwecke der Vereinbarungen nach Absatz 2 bis 4 künftig nicht benötigt. Stattdessen wird der Bewertungsausschuss beauftragt, die erforderlichen regionalen Datengrundlagen zu bestimmen, die Daten vom Institut des Bewertungsausschusses bei den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erheben, und den regionalen Vertragspartnern für die diesen zugewiesenen Aufgaben in entsprechender Aufbereitung rechtzeitig zu übermitteln. Analoge Datenflüsse zwischen der Landes- und der Bundesebene hat der Bewertungsausschuss bereits zur Umsetzung des § 87c Absatz 1 und 3 sowie des § 87a nach dem bisherigen Recht gewährleistet. Mit dem im zweiten Halbsatz in Bezug genommenen § 87 Absatz 3f Satz 2 wird die unentgeltliche Datenübermittlung von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und von den Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und von dort jeweils an das Institut des Bewertungsausschusses vorgesehen; insoweit wird auf bestehende Datenübermittlungswege aus Gründen der Verfahrenssicherheit sowie zur Vermeidung von Kosten zurückgegriffen.

Zu Nummer 24 (§ 87b)

Die Regelungen bewirken eine Regionalisierung und Flexibilisierung der Honorarverteilung vertragsärztlicher Leistungen.

Die Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erfolgt künftig wieder im Rahmen einer regionalen Honorarverteilung, die nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt wird. Verantwortlich hierfür ist ausschließlich die Kassenärztliche Vereinigung, die hierzu einen Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Krankenkassen erlässt (Absatz 1). Satz 3 stellt klar, dass aus Sicht des einzelnen Arztes bzw. der Praxis zu keinem Zeitpunkt Unklarheit über die Verteilung des Honorars und die daraus resultierenden Ansprüche des Leistungserbringers bestehen soll. Das bedeutet auch, dass solange die Kassenärztliche Vereinigung noch keinen Honorarverteilungsmaßstab amtlich bekannt gegeben hat, das bisherige dem Arzt oder der Praxis zugewiesene Regelleistungsvolumen und die daraus folgenden Honoraransprüche vorläufig fort gelten und erst durch den zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft tretenden Honorarverteilungsmaßstab – unter Umständen auch rückwirkend – abgelöst werden. Über den Zeitpunkt der Wirkung des Honorarverteilungsmaßstabs kann die Kassenärztliche Vereinigung entscheiden.

Der Honorarverteilungsmaßstab hat zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit der Leistungserbringer sowie vor dem Hintergrund einer verlässlichen Planbarkeit für die Ärztin bzw. den Arzt mengensteuernde Maßnahmen der ärztlich abzurechnenden Leistungen unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs vorzusehen (Absatz 2). Die Honorarverteilung ist entsprechend dem der Kassenärztlichen Vereinigung obliegenden Sicherstellungsauftrag nach § 75 so zu gestalten, dass die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten über den gesamten Abrechnungszeitraum gewährleistet ist. Satz 2 bestimmt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Honorarverteilungsmaßstäben bei der Förderung gemeinsamer Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung, geeignete Regelungen zu treffen haben, die einer patientennahen ärztlichen Kooperation angemessen Rechnung trägt.

In Satz 3 ist festgelegt, dass bei Regelungen in den Honorarverteilungsverträgen zu mengensteuernden Maßnahmen nach Satz 2 zu berücksichtigen ist, dass die zeitgebundenen und vorab von den Krankenkassen zu genehmigenden psychotherapeutischen Leistungen bereits einer Form der Mengensteuerung unterliegen und weiterhin eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten ist. Die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen waren nach bisherigem Recht außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen zu vergüten. Da das künftige Recht keine Regelleistungsvolumen vorsieht, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig in ihren Honorarverteilungsmaßstäben zur Sicherung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der in diesem Absatz genannten psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer die bisherige Beschlussfassung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Bewertungsausschuss bei der Vergütung der psychotherapeutischen antragspflichtigen und nicht-antragspflichtigen Leistungen innerhalb zeitbezogener Kapazitätsgrenzen entsprechend zu berücksichtigen. Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist demzufolge mittels des Konzepts der zeitlich definierten Obergrenzen zu gestalten, innerhalb derer sich die Summe der nicht-antragspflichtigen und der antragspflichtigen Leistungen ohne Abstaffelungen der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung abbildet.

Im Rahmen des Ausbaus der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung werden die Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und -ärzten über Vergütungsanreize weiter entwickelt und auf der regionalen Ebene flexibilisiert. Zu diesem Zweck wird mit Absatz 3 der Kassenärztlichen Vereinigung vorgegeben, in ihrem Honorarverteilungsmaßstab festzulegen, dass Maßnahmen der Fallzahlbegrenzung oder -minderung für Angehörige von Arztgruppen, für die eine (drohende) Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, keine Anwendung finden. Um gezielt den festgestellten Versorgungsengpässen entgegenzuwirken, erstreckt sich die Regelung auf die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz in dem betroffenen Planungsbereich durch die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte. Somit hat die Kassenärztliche Vereinigung die Ausnahme möglicher Begrenzungsregelungen in den Fällen auszuschließen, in denen z. B. die Leistungserbringung, insbesondere von Leistungen ohne das Erfordernis eines persönlichen Arzt-

Patienten-Kontaktes, aus Abrechnungsgründen in eine Zweigpraxis in einem unterversorgten Gebiet verlagert werden. Sollte die Ausnahme von möglichen Begrenzungsmaßnahmen zur Gewährleistung der Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht ausreichen, hat die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall weitergehende Maßnahmen zu prüfen, z. B. die von (drohender) Unterversorgung betroffenen Arztgruppen gänzlich von einer Abstaffelung der Vergütung der einer Mengensteuerung überschreitenden Leistungen zu befreien.

Auf Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung wird verzichtet. Allerdings wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausdrücklich verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vorgaben zur Trennung des Vergütungsvolumens in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsteil zu bestimmen. Dabei ist für die Anpassungen der Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung die Ausgliederung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch ein geeignetes Bereinigungsverfahren zu berücksichtigen. Des Weiteren hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen insbesondere Vorgaben zur Mengensteuerung, zur angemessenen Berücksichtigung einer kooperativen ärztlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten nach Absatz 2 Satz 2 sowie zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 zu bestimmen. Um eine größere Verbindlichkeit der nach diesem Absatz zu beschließenden bzw. zu treffenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erreichen, bestimmt Satz 3, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen diese zu beachten haben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann darüber hinaus weitere Vorgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen treffen, soweit dies sachgerecht oder von den Kassenärztlichen Vereinigungen als notwendig erachtet wird. (Absatz 4).

Die Regelungen gelten nicht für die vertragszahnärztlichen Leistungen (Absatz 5).

Zu Nummer 25 (§ 87c)

Bei den Regelungen des bisherigen § 87c handelt es sich um abgelaufene Übergangsregelungen, die aufgehoben werden. Mit dem neuen § 87c wird zum Zwecke der Transparenz sowie des Wettbewerbs im Sinne eines Benchmarks die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, auf der Grundlage von Datengrundlagen der Kassenärztlichen Vereinigungen in jedem Quartal einen Bericht über die Ergebnisse der regionalen Honorarverteilung, über die Gesamtvergütung (kassen- und arztseitig), über die Bereinigungssummen (z. B. aufgrund von Selektivverträgen), über die Honorare je Arzt und Arztgruppe mit zusätzlichen Informationen zur Erklärung regionaler Honorarunterschiede aufgrund von Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu veröffentlichen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt das Nähere zur Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese fortlaufende Berichtspflicht ersetzt die Berichts- und Datenübermittlungsvorschrift nach dem bisherigen § 87 Absatz 3a Satz 2 bis 4. Der Pflicht zur Veröffentlichung kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Deutschen Ärzteblatt oder auch in anderer geeigneter Form, z. B. auf ihrer Internetseite nachkommen.

Zu Nummer 26 (§ 87d)

Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehene Regelung zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 wird an den mit diesem Gesetz geänderten Rechtsstand zum 1. Januar 2012 redaktionell angepasst. Darüber hinaus wird die Ausgabenbegrenzung extrabudgetärer Leistungen aufgehoben. Damit soll insbesondere das Ambulante Operieren als ambulante Leistung weiterhin gefördert werden.

Zu Nummer 27 (§ 90)

Die Beteiligungsrechte der Länder in den Landesausschüssen werden gestärkt. Dazu entsenden die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zukünftig eigene Vertreterinnen oder Vertreter zu den Beratungen der Landesausschüsse.

Die staatliche Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder über die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen wird der staatlichen Aufsicht über die Trägerorganisationen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen, angeglichen. Sie ist Rechtsaufsicht und erstreckt sich damit auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, dass für die Landesausschüsse maßgebend ist.

Darüber hinaus sind die Beschlüsse der Landesausschüsse den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur Prüfung ihrer Rechtmäßigkeit vorzulegen. Die Regelung entspricht der Regelung der Richtlinienprüfung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 94 Absatz 1 SGB V. Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses kann mit Auflagen verbunden und zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist gesetzt werden. Für den Fall, dass ein für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlicher Beschluss des Ausschusses nicht oder nicht innerhalb einer gesetzten Frist zustande kommt oder Beanstandungen nicht innerhalb einer vorher gesetzten Frist behoben werden, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörden den Beschluss an Stelle des Landesausschusses erlassen. Das Nähere zu der Vorlagepflicht regelt § 14 Absatz 2 Ärzte-ZV (neu).

Zu Nummer 28 (§ 90a)

Die Länder haben die Möglichkeit, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen zu bilden, in dem neben dem Land der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen gemeinsam auch die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam als Träger des Gremiums sowie weitere Beteiligte (z. B. andere Sozialleistungsträger, Landesärztekammern, Patientenorganisationen, Landesbehörden) vertreten sein können, soweit deren Belange berührt werden. Zu den sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, die in diesem Gremium beraten werden können, gehören auch Fragen im Zusammenhang mit der neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b. Durch entsprechende landesrechtliche Regelungen

können regionale Versorgungsbedürfnisse berücksichtigt und Vertreterinnen oder Vertreter der betroffenen Kommunen oder Berufsverbände hinzugezogen werden. Die nähere Ausgestaltung und Besetzung dieses Gremiums bestimmt sich nach Landesrecht.

Die Beschlüsse dieses Gremiums sind für die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sowie deren Träger nicht unmittelbar verbindlich und haben lediglich Empfehlungscharakter. Die Länder können vorsehen, dass die Stellungnahmen dieses Gremiums zu Entscheidungen der Landesausschüsse einzuholen und zu berücksichtigen sind. Sieht das Landesrecht die Einrichtung eines solchen Gremiums vor und sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt werden, sind die sich daraus ergebenden Besonderheiten in den Bedarfsplänen darzustellen (§ 12 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV (neu)).

Zu Nummer 29 (§ 91)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Neutralität der Unparteiischen und deren Stellvertreter wird wesentlich gestärkt. Als Unparteiische und deren Vertreter dürfen zukünftig nur solche Personen benannt werden, die in den vorangegangenen 3 Jahren nicht bei den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei deren Mitgliedsverbänden oder bei Verbänden von deren Mitgliedern beschäftigt waren. Auch Personen, die in einem Krankenhaus gearbeitet haben oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren, kommen zukünftig für die Funktion des Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht mehr in Betracht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei der Berufung der Unparteiischen durch die Trägerorganisationen erhält der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zukünftig das Recht die vorgeschlagenen Personen anzuhören sowie ihrer Berufung mit Zweidrittelmehrheit zu widersprechen, wenn er aufgrund der Anhörung die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit als nicht gewährleistet ansieht. Der Gesundheitsausschuss entscheidet, ob er eine Anhörung durchführt und wen von den vorgeschlagenen neun Personen er hierzu einlädt.

Die Anhörungs- und Widerspruchsmöglichkeit des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages dienen ebenso wie die Vorgaben nach Satz 3 der Neutralität der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zugleich wird die in dem Selbstverwaltungsprinzip begründete Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder durch eine vom Parlament abgeleitete Legitimation ergänzt und damit die Legitimationsbasis des Gemeinsamen Bundesausschusses insgesamt gestärkt.

Die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses einigen sich jeweils auf einen Personalvorschlag und unterbreiten diesen dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Dieser Vorschlag wird dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über das Bundesministerium für Gesundheit zugeleitet. Es handelt sich dabei nicht um den Vorschlag eines Gesamtpersonaltableaus, sondern um Vorschläge für jede einzelne Funktion, also jeweils für den unparteiischen Vorsitzenden, die beiden weiteren Unparteiischen und die jeweiligen 1. und 2. Stellvertreter. Damit sichergestellt ist, dass die Unparteiischen zum Ende der Amtszeit eines Beschlussgremiums rechtzeitig berufen werden können und auch die vorgeschlagenen Personen hinreichende Planungssicherheit haben, legen die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Personalvorschläge spätestens 6 Monate vor Ablauf der Berufungsperiode des Beschlussgremiums vor. Für die erstmalige Vorlage der Vorschläge für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit erfolgt die Vorlage bis zum 15. Januar 2012.

Wenn der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu der Auffassung gelangt, dass die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit nicht gewährleistet ist, kann er einem Vorschlag innerhalb von 6 Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags übersendet seinen Beschluss an das Bundesministerium für Gesundheit, das ihn an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiterleitet. Die Trägerorganisationen haben dann innerhalb von 6 Wochen einen neuen Vorschlag vorzulegen. Wenn ein neuer Vorschlag nicht fristgerecht vorgelegt wird oder wenn der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages auch dem neuen Personalvorschlag innerhalb von 6 Wochen widerspricht, beruft das Bundesministerium für Gesundheit eine andere Person für die jeweilige Funktion im Wege der Ersatzvornahme. Das Vorschlags- und Widerspruchsverfahren findet auch Anwendung, wenn ein Unparteiischer oder ein Stellvertreter vorzeitig ausscheidet. Die jeweils einschlägigen Vorgaben des Bundesgremienbesetzungsgesetzes für eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern sind zu beachten.

Aufgrund der Änderung des Berufungsverfahrens für die Unparteiischen kommt das in § 5 Absatz 1 Satz 1 der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehene Verfahren nicht zur Anwendung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Berufungsperiode des Beschlussgremiums wird zukünftig auf 6 Jahre verlängert. Für die unparteiischen Mitglieder wird eine zweite Amtszeit zukünftig ausgeschlossen. Auch dies dient ihrer Unabhängigkeit, da ihr Abstimmungsverhalten nicht zum Maßstab einer erneuten Berufung gemacht werden kann. Durch diese Regelung wird nicht ausgeschlossen, dass der Vertreter oder die Vertreterin eines Unparteiischen in der nachfolgenden Amtsperiode nochmals in Stellvertreterfunktion oder auch als Unparteiische oder Unparteiischer berufen werden kann.

Als Übergangsregelung greift der Ausschluss einer zweiten Amtszeit erst ab der am 01. Juli 2018 beginnenden Amtszeit, um die gegenwärtigen Unparteiischen, deren Amtszeit nur vier Jahre beträgt, nicht von vornherein von einer weiteren Amtszeit auszuschließen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung dient einer an den jeweiligen Beschlussgegenstand angepassten und sachgerechten Stimmverteilung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Für eine sachgerechte Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist es erforderlich, aber insoweit auch hinreichend, wenn

nicht alle, sondern die von einem Beschluss wesentlich betroffenen Trägerorganisationen auf Leistungserbringerseite ihre spezifische Sachkunde sowie ihre Interessen in die Beratungen und Abstimmungen im Gemeinsamen Bundesausschuss einbringen. Bei Beschlüssen, von denen nicht jede der drei Leistungserbringerorganisationen wesentlich betroffen ist, werden daher die Stimmen der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisationen jeweils zu gleichen Teilen auf die Mitglieder der betroffenen Leistungserbringerorganisationen übertragen. Für einen Beschluss, der allein den vertragszahnärztlichen Bereich betrifft, bedeutet dies z. B., dass das von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannte Mitglied auch die Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, also alle 5 Stimmen der Leistungserbringerseite bei der Abstimmung über den Beschluss abgeben kann. Betrifft ein Beschluss sowohl den vertragsärztlichen als auch den stationären Bereich, nicht jedoch den vertragszahnärztlichen Bereich, wird die Stimme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung anteilig auf die Mitglieder der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übertragen. Dies bedeutet, dass jedem der vier Mitglieder ein Stimmgewicht von 5/4 oder 1,25 zukommt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat erstmals bis zum 31. Januar 2012 eine Zuordnung der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses danach vorzunehmen, ob allein einer oder allein zwei oder alle der Leistungssektoren wesentlich betroffen sind. Diese Zuordnung ist als Teil der Geschäftsordnung, beispielsweise als Anhang, zu beschließen und bedarf daher nach § 91 Absatz 4 Satz 2 der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Nach dieser Zuordnung richtet sich die Stimmverteilung im Beschlussgremium. Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird bereits gesetzlich vorgegeben, dass es sich um eine Angelegenheit handelt, die sowohl den vertragsärztlichen als auch den stationären Bereich, nicht jedoch den vertragszahnärztlichen Bereich, wesentlich betrifft. Dies gilt unabhängig davon, ob der jeweilige Beschluss formal auf Grundlage des § 135 oder des § 137c getroffen wird. Für die gemeinsam beratenen, aber rechtlich getrennten Beschlüsse zur Methodenbewertung im vertragsärztlichen Bereich einerseits und im Krankenhausbereich andererseits ist zukünftig insoweit weiterhin an einer sektorenübergreifenden Stimmverteilung festzuhalten. Eine Aufspaltung der in überwiegenden Teilen auf gleicher Grundlage zu treffenden Nutzenbewertungen wäre vor dem Hintergrund der Annäherung der Sektoren und der notwendigen Abstimmung zwischen ambulantem und stationärem Leistungsbereich nicht sachgerecht.

Die Umsetzung der Regelung erfolgt in mehreren Schritten: Zunächst hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäftsordnung bis zum 31. Januar 2012 die Zuordnung der Richtlinien und Beschlüsse vorzunehmen. Nach der Genehmigung dieser Regelung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt die Stimmübertragung ab dem 1. Februar 2012. Damit der Gemeinsame Bundesausschuss die Zuordnung frühzeitig erarbeiten kann, tritt diese Aufgabenzuweisung zum Zeitpunkt der 3. Lesung in Kraft. Die bereits gesetzlich vorgesehene Stimmübertragung nach Satz 4 erfolgt ab dem 01. Januar 2012.

Zu Buchstabe c

Die Verweisung wird an eine zwischenzeitlich erfolgte Änderung angepasst.

Zu Buchstabe d

Im Rahmen der Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses spielen die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten eine immer größere Rolle. Deshalb ist eine frühzeitige Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte bei den Beschlüssen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sicherzustellen. Um dies zu erreichen, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese Stellungnahme in seine Entscheidung einzubeziehen.

Die Regelung umfasst alle Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten regeln oder voraussetzen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auch schon im Vorfeld eines Beschlussentwurfes beteiligen, sobald der Bearbeitungsstand eine datenschutzrechtliche Bewertung zulässt. Dies bedeutet, dass im Regelfall der jeweilige Beschluss oder die Richtlinie soweit konkretisiert sein muss (insbesondere im Hinblick auf die Art und den Umfang der zu erhebenden, verarbeitenden und zu nutzenden Daten sowie die Datenflüsse), dass eine datenschutzrechtliche Bewertung möglich ist.

Die Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seine Entscheidung einzubeziehen. Er muss sich insbesondere in den tragenden Gründen der jeweiligen Richtlinie oder des jeweiligen Beschlusses mit der Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit inhaltlich auseinandersetzen. Enthält die Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Empfehlungen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss, falls er von diesen Empfehlungen in seinen Beschlüssen oder Richtlinien abweicht, dies nachvollziehbar zu begründen.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Regelungskompetenz in § 137f auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Für Beschlüsse, die wegen des Ausschlusses von bisher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachter Leistungen besondere Auswirkungen auf die Versorgung haben und die in sektorenübergreifender Besetzung getroffen werden, wird ein Mindestquorum von 9 Stimmen eingeführt, das etwa einer Zweidrittelmehrheit entspricht, um diese weitreichenden Entscheidungen auf eine breitere Akzeptanzbasis zu stellen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ein vorbehaltloser Austausch der Positionen und Interessen der Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses, auf dem das Konzept der untergesetzlichen Normsetzung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung maßgeblich mit beruht, sowie insbesondere das Einbringen von persönlichen Erfahrungen der von den Patientenorganisationen nach § 140f SGB V entsandten sachkundigen Personen erfordern es, dass die nichtöffentlichen Beratungen in den vorbereitenden Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses vertraulich sind. Die Regelung dient der Klarstellung, dass diese vertraulichen Informationen nicht – auch nicht nach Antrag gemäß Informationsfreiheitsgesetz – mitzuteilen sind. Das Gleiche gilt auch für diejenigen internen Beratungen des Beschlussgremiums, die in nichtöffentlicher Sitzung erfolgen, etwa weil sie keine Richtlinien oder sonstige allgemeinverbindlichen Entscheidungen zum Gegenstand haben.

Die Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu der gebotenen Transparenz bleibt hiervon unberührt. Er hat seine Entscheidungen weiterhin nachvollziehbar zu begründen und in seinen tragenden Gründen auch die Abwägung der entscheidungserheblichen Argumente darzustellen. Dies gilt ebenso für die Veröffentlichung der zusammenfassenden Dokumentation des jeweiligen Beratungsverfahrens, die insbesondere auch die Darstellung etwaiger abweichender Voten der Beteiligten und eine Auseinandersetzung mit den eingegangenen Stellungnahmen enthält.

Zu Buchstabe g

Die Übergangsregelung in Absatz 9 entfällt wegen zwischenzeitlichen Zeitablaufs.

Zu Absatz 9 (neu)

Das Gesetz regelt für die vielfältigen Bereiche, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss seine Beschlüsse fasst, jeweils bestimmte Stellungnahmerechte. So etwa in den §§ 35 Absatz 2, 35a Absatz 3, 56 Absatz 3, 63 Absatz 3c, 91 Absatz 5, 137 Absatz 4, 137f Absatz 2 und insbesondere in den Absätzen 1a, 1b, 3a, 5, 6, 7, 7a, 7b, 7c des § 92.

Diese gesetzlich vorgesehene Form der Verfahrensbeteiligung von Dritten durch die Einräumung eines spezifischen Stellungnahmerechts zu den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die ihre jeweiligen Interessen oder Aufgaben berühren, hat sich bewährt. Insbesondere für Verbände und Berufsgruppen von Leistungserbringern, die institutionell nicht unmittelbar in das System der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Vertrags(zahn)ärztinnen und -ärzten sowie Krankenhäusern im Gemeinsamen Bundesausschuss eingebunden sind, wird auf diese Weise gewährleistet, dass ihre spezifische Sachkenntnis und berufspolitische bzw. wirtschaftliche Interessenlage in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen werden.

Um für die jeweils Stellungnahmeberechtigten die Transparenz und die Beteiligungsmöglichkeiten bei der Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss weiter zu erhöhen, erhalten sie zusätzlich das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss in der Regel auch mündlich angehört zu werden. Dies erleichtert den fachlichen Austausch, dient einer fundierten Auseinandersetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit den eingegangenen Stellungnahmen und erhöht damit auch die Akzeptanz der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Unberührt bleibt die Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses die Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen und den darin angeführten Argumenten weiterhin in seinen beschlussbegründenden Unterlagen zu dokumentieren.

Über dieses mündliche Anhörungsrecht hinausgehend hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung zu regeln, dass jeweils ein Vertreter einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation – etwa auf Beschluss des Plenums oder durch den Vorsitzenden des Unterausschusses – zur unmittelbaren Teilnahme an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.

Zu Absatz 10

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, bei seinen Entscheidungen zukünftig entstehende Bürokratiekosten abzuschätzen. Durch die Verweisung auf § 2 Absätze 2 und 3 des Normenkontrollratsgesetzes wird klargestellt, dass die Bürokratiekostenschätzung insoweit nach den gleichen Anforderungen zu erfolgen hat an, wie sie etwa für Regelungsentwürfe der Bundesministerien gelten. Die ermittelten Bürokratiekosten sind nachvollziehbar in den jeweiligen beschlussbegründenden Unterlagen darzulegen, für Richtlinienbeschlüsse demnach in den tragenden Gründen nach § 94 Absatz 2 oder der Zusammenfassenden Dokumentation, die dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 94 zusammen mit dem Richtlinienbeschluss zur Prüfung vorzulegen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere in seiner Verfahrensordnung bis zum 30. Juni 2012, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf.

Zu Nummer 30 (§ 92)

Zu den Buchstaben a und b

Die Verweisungen werden an zwischenzeitlich erfolgte Änderungen angepasst.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 7d

Vor der Beschlussfassung zu einer nichtmedikamentösen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erhalten neben den Heilberufekammern nach § 91 Absatz 5 zukünftig auch die jeweils einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht. Neben der bereits bisher auf der Grundlage der Verfahrensordnung erfolgenden Beteiligung der Fachkreise am Anfang eines neuen Beratungsverfahrens bedarf es auch vor der abschließenden Beschlussfassung im G-BA der Einbeziehung der einschlägigen Fachgesellschaften. Die Erweiterung der Stellungnahmerechte erhöht die Gewähr dafür, dass die Entscheidungen des G-BA über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf einer fachlich fundierten und die realen Versorgungsaspekte berücksichtigenden Grundlage getroffen werden. Der fachliche Diskurs und die in den beschlussbegründenden Unterlagen des G-BA zu dokumentierende Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen dient zudem der Transparenz, dem Verständnis

und der Akzeptanz der Entscheidungen. Gleiches gilt auch für die Einbeziehung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller sowie der jeweils einschlägigen Medizinproduktehersteller in das Stellungnahmeverfahren bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinproduktes beruht. Dies ist beispielsweise bei Methoden der Strahlentherapie oder -diagnostik der Fall.

Das in § 91 Absatz 9 (neu) eingeführte mündliche Anhörungsrecht gilt auch für die Stellungnahmeberechtigten nach § 92 Absatz 7d.

Zu Absatz 7e

Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Sitzungen der Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen über die Bedarfsplanungsrichtlinien beraten wird. Die Länder können hierzu zwei Vertreter zur Teilnahme an der jeweiligen Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses entsenden, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Das Mitberatungsrecht der Ländervertreter umfasst ein Rederecht, ein Anwesenheitsrecht bei den Beratungen und Abstimmungen sowie das Recht, Diskussionsthemen auf die Tagesordnung setzen zu lassen. Dies betrifft das Plenum, in dem über die Bedarfsplanungsrichtlinien entschieden wird, ebenso wie die vorbereitenden Beratungen zu den Bedarfsplanungsrichtlinien im zuständigen Unterausschuss sowie in dessen nachgeordneten Gremien wie Arbeitsausschüssen oder Arbeitsgruppen. Um das Mitberatungsrecht ausüben zu können, erhalten die beiden Vertreter der Länder auch die jeweiligen Beratungsunterlagen.

Zu Absatz 7f

Vor der Beschlussfassung über die geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung sowie der Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität erhält das Robert Koch-Institut zukünftig ein Stellungnahmerecht. Dabei hat das Robert Koch-Institut seine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie die Kommission für Antiinfektiva, Resistenz und Therapie zu beteiligen. Durch das Recht zur Stellungnahme und das Erfordernis des Einbezugs in die Beschlussfassung wird sichergestellt, dass die fachliche Expertise des Robert Koch-Institutes und der bei ihm angesiedelten Kommissionen bei der Erarbeitung der Richtlinien zur Sicherung und Beurteilung der Hygienequalität des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigt wird.

Zu Nummer 31 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bereits nach geltendem Recht ist festgelegt, dass es sich bei medizinischen Versorgungszentren um ärztlich geleitete Einrichtungen handelt. Durch den neuen Satz 3 wird vorgegeben, dass der ärztliche Leiter in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein muss und in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen darf. Hierdurch wird die sich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergebende Therapie- und Weisungsfreiheit gewährleistet, denn nur ein ärztlicher Leiter, der in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des medizinischen Versorgungszentrums eingebunden ist, hat tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe und kann sicherstellen, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden. Die Anforderungen an die ärztliche Leitung gelten auch für medizinische Versorgungszentren, die unter den in dem neuen Absatz 1a geregelten Bestandsschutz fallen (s. Erläuterung dort).

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zum neuen § 95 Absatz 1a (siehe Buchstabe b).

Zu Buchstabe b

Durch den neu eingefügten Absatz 1a werden die Gründungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren neu gefasst. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. In den medizinischen Versorgungszentren, die von solchen Investoren gegründet werden, besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Das mit der Beschränkung der Gründungsberechtigung für medizinische Versorgungszentren auf die an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringer verfolgte Ziel, den medizinisch-fachlichen Bezug der Gründer zu gewährleisten ist nicht vollständig erreicht worden, weil Kapitalgeber z. B. durch den Kauf eines Pflegedienstes oder eines Hilfsmittelerbringers die Voraussetzungen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren im gesamten Bundesgebiet erfüllen können. Dadurch stehen in Bereichen wie z. B. der Augenheilkunde teilweise immer weniger Vertragsarztsitze für freiberuflich tätige Ärzte in eigener Praxis zur Verfügung. Diese Entwicklung birgt Gefahren für die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen. Um dem entgegenzuwirken können künftig medizinische Versorgungszentren nach Satz 1 nur noch von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und von nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden. Die Gründungsberechtigung wird dadurch auf Leistungserbringer konzentriert, die bisher den Großteil der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung der Versicherten geleistet haben. Sonstige Leistungserbringer nach dem SGB V, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind künftig nicht mehr berechtigt, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Damit werden diejenigen Leistungserbringer ausgeschlossen über deren Ankauf bisher Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung die Voraussetzungen für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren erfüllt haben. Eine Ausnahme gilt für gemeinnützige Trägerorganisationen, die oftmals einen wichtigen Beitrag für die Versorgung der Versicherten leisten. Da aufgrund der Gemeinnützigkeit keine Mittelabflüsse an private, rein gewinnorientierte Organisationen zu erwarten sind, ist eine

Beeinflussung der ärztlichen Entscheidungen durch sachfremde Erwägungen nicht zu befürchten.

Als zulässige Rechtsformen für medizinische Versorgungszentren sind künftig nur noch Personengesellschaften, d.h. Gesellschaften bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaften oder Ärztegesellschaften nach § 32a der Musterberufsordnung der Ärzte, sowie Gesellschaften mit beschränkter Haftung zugelassen. Insbesondere durch den Ausschluss von Aktiengesellschaften als zulässiger Rechtsform für medizinische Versorgungszentren wird die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen gewährleistet. So begründet der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums in der Form einer Aktiengesellschaft die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Aktiengesellschaften weisen einen Gesellschafterverbund auf, der typischerweise lockerer ist als bei Personengesellschaften und GmbHs. Auch sind ihre Anteile generell umlauffähiger, der Einfluss der Mitglieder auf die Geschäftsführung ist geringer. Das führt dazu, dass bei der Aktiengesellschaft der Aspekt des kollektiven Kapitaleinsatzes zur Vermögensvermehrung typischerweise stärker im Vordergrund steht als bei anderen Gesellschaftsformen. Gegen die Zulassung der Aktiengesellschaft als Gründer von MVZ spricht auch, dass die Regelungen zur Praxisnachfolge von medizinischen Versorgungszentren nach § 103 Absatz 4d Satz 3 eine einfach zu treffende, eindeutige Aussage zu der Frage erfordert, ob die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht. Diesem Erfordernis kann in Aktiengesellschaften wegen der einfacheren Übertragbarkeit von Aktien regelmäßig nicht in gleicher Weise Rechnung getragen werden, wie in Gesellschaften mit beschränkter Haftung.

Satz 3 regelt einen umfassenden Bestandsschutz für medizinische Versorgungszentren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung bereits zugelassen waren. Diese Zulassungen gelten unabhängig von der Rechtsform und der Trägerstruktur des bestehenden medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Das bedeutet, dass diese bestandsgeschützten Einrichtungen aufgrund ihrer Zulassung alle Handlungsmöglichkeiten eines medizinischen Versorgungszentrums wahrnehmen können. So können Sie insbesondere, frei werdende Arztstellen nachbesetzen, weitere Vertragsarztsitze hinzunehmen, sich auf nach § 103 Absatz 4 ausgeschriebene Vertragsarztsitze bewerben sowie Änderungen in der Organisationsstruktur des medizinischen Versorgungszentrums vornehmen, etwa bezüglich der Rechtsform, der Trägerstruktur oder der Gesellschaftsverhältnisse. Eine Ausnahme von diesem umfassenden Bestandsschutz bildet lediglich die zweite Alternative des neuen Satzes 4 in Absatz 6, der einen Entzug der Zulassung vorsieht, wenn das medizinische Versorgungszentrum nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Neuregelung nachweist, dass die ärztliche Leitung den Anforderungen von Absatz 1 Satz 3 genügt (vgl. Erläuterung zu Buchstabe d Doppelbuchstabe bb).

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu der Beschränkung der zulässigen Rechtsformen in Absatz 1a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe f.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Anpassung der Verweisung an die Änderung zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund des in Absatz 1a Satz 3 geregelten umfassenden Bestandsschutz für medizinische Versorgungszentren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neureglung bereits zugelassen waren, sind die Voraussetzungen für eine Zulassungsentziehung entsprechend anzupassen. Bei bestandsgeschützten medizinischen Versorgungszentren ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen nach altem Recht länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Darüber hinaus sieht die zweite Alternative in Satz 4 vor, dass die Zulassung auch dann zu entziehen ist, wenn das medizinischen Versorgungszentrum nicht innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Neuregelung gegenüber dem Zulassungsausschuss eine ärztliche Leitung nachweist, die den Anforderungen von Absatz 1 Satz 3 genügt. Angesichts der Bedeutung unabhängiger und weisungsfreier ärztlicher Entscheidungen für die Versorgung der Versicherten erscheint es auch für bestandsgeschützte Einrichtungen zumutbar, die ärztliche Leitung innerhalb von sechs Monaten einem in dem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Arzt zu übertragen.

Zu Buchstabe e

Aufgrund der neuen Nummer 12 des § 98 Absatz 2 i. V. m. dem neuen Absatz 4 in § 19 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist künftig unter bestimmten Voraussetzungen die Befristung von vertragsärztlichen Zulassungen möglich. Ziel der Regelung ist es, perspektivisch die Entstehung und Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren (vgl. Änderung zu § 19 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Um dieses Ziel zu erreichen wird in Absatz 7 ergänzend geregelt, dass die Zulassung eines Vertragsarztes oder eines medizinischen Versorgungszentrums mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes endet. Ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Absatz 4 SGB V findet nicht statt.

Zu Buchstabe f

Nach dem geltenden Recht ist die (Rück-)Umwandlung einer nach § 95 Absatz 9 Satz 1 genehmigten Angestelltenstelle in einen eigenständigen Vertragsarztsitz nicht möglich. Da eine solche Stelle auch in überversorgten Planungsbereichen nachbesetzt werden kann (vgl. § 103 Absatz 4a Satz 5, Absatz 4b, Satz 2) tritt ein Abbau von Überversorgung nicht ein. Aus Sicht der Bedarfsplanung macht es für die Bestimmung des Versorgungsgrades keinen Unterschied, ob ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt als angestellter Arzt oder als niedergelassener Vertragsarzt tätig ist. Vertragsärzten kann es daher ohne negative Auswirkungen ermöglicht werden, eine nach Absatz 9 Satz 1 genehmigte Anstellung zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung umwandeln zu lassen. Hierzu sieht die Vorschrift vor, dass die genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss auf Antrag des anstellenden Ver-

tragsarztes in eine Zulassung umzuwandeln ist. Als Inhaber der bisherigen Arztstelle für einen angestellten Arzt kann der anstellende Vertragsarzt entscheiden, ob er selbst oder der bisher angestellt Arzt Inhaber der neuen Zulassung werden möchte. Will der anstellende Vertragsarzt Inhaber der Zulassung werden, hat er zugleich die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 103 Absatz 4 zu beantragen und kann dadurch eine nicht mehr benötigte Arztstelle im Zuge des Nachbesetzungsverfahrens wirtschaftlich verwerten. Beantragt der anstellende Vertragsarzt keine Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 hat der Zulassungsausschuss die Zulassung dem bisher angestellten Arzt zu erteilen. Hierdurch erhalten Vertragsärzte die flexible Möglichkeit, nach einer Bewährungsphase und bei entsprechendem Interesse zunächst angestellte Ärzte als Vertragsärzte gleichberechtigt in die Praxis zu integrieren.

Voraussetzung für die Umwandlung ist darüber hinaus, dass der zeitliche Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des angestellten Arztes der üblicherweise mit einer vollen oder halben Zulassung verbundenen Vertragsarzttätigkeit entspricht. Dabei ist nicht allein auf den in § 17 Absatz 1a des Bundesmantelvertrages-Ärzte geregelten Mindestumfang von Sprechstunden abzustellen. Ausgehend davon, dass die vertragsärztliche Tätigkeit nach § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte grundsätzlich als Vollzeittätigkeit angelegt ist, kommt die Umwandlung in eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag nur in Betracht, wenn die Arbeitszeit des angestellten Arztes mindestens der durchschnittlichen Arbeitszeit von angestellten Ärzten bei einer Vollzeittätigkeit entspricht. Die Umwandlung in eine halbe Zulassung setzt voraus, dass mindestens 50 Prozent dieser durchschnittlichen Arbeitszeit erreicht werden.

Die Neuregelung gilt gemäß dem dort neu angefügten Satz 3 auch für die Fälle des § 103 Absatz 4b. Hat demnach ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet, um bei einem anderen Vertragsarzt als angestellter Arzt zu arbeiten kann die Angestelltenstelle zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umgewandelt werden.

Durch die Ergänzung in Absatz 2 Satz 8 (vgl. Buchstabe c Doppelbuchstabe bb) sowie in § 103 Absatz 4a gilt die Regelung entsprechend für medizinische Versorgungszentren und auch für die Fälle des § 103 Absatz 4a. Auch hier gilt daher, dass wenn ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet hat, um in einem medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt zu arbeiten, die Angestelltenstelle zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umgewandelt werden kann.

Zu Nummer 32 (§ 95d)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 105 Absatz 5. Angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in Eigeneinrichtungen kommunaler Träger tätig sind, unterliegen in demselben Umfang der Fortbildungspflicht, wie angestellte Ärztinnen und Ärzte eines MVZ, eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 119b und haben die nach §95d Absatz 2 erforderlichen Nachweise zu erbringen. Ferner wird klargestellt, dass die Fortbildungspflicht auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte von Eigeneinrichtungen gilt, die die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 zur Sicherstellung der Versorgung betreiben.

Zu Buchstabe b

Den Fortbildungsnachweis für angestellte Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach § 105 Absatz 5 führt die jeweilige kommunale Einrichtung. Dies entspricht der geltenden Regelung für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in einem MVZ, bei einer Vertragsärztin, einem Vertragsarzt oder in einer Einrichtung nach § 119b tätig sind. Einer gesonderten Regelung für Eigeneinrichtungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben werden bedarf es nicht. Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die Einhaltung der entsprechenden Fortbildungspflichten zu überwachen.

Zu Buchstabe c

Nach Absatz 3 wird das Honorar von Ärztinnen und Ärzten, die ihre Pflicht zur Fortbildung verletzen, gekürzt. Absatz 5 Satz 4 überträgt diese Regelung auf angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in einem MVZ, bei einer Vertragsärztin, einem Vertragsarzt oder in einer Einrichtung nach § 119b tätig sind. Mit der vorgesehenen Erstreckung auf Einrichtungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt werden oder in kommunaler Trägerschaft liegen wird sichergestellt, dass der Anreiz zur Erfüllung der Fortbildungspflicht auch in diesen Einrichtungen eingreift.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Satz 2. Die Regelung gilt künftig für alle in Satz 2 der Vorschrift genannten Leistungserbringer.

Zu Nummer 33 (§ 98)

Zu Buchstabe a

Durch die Neufassung der Nummer 12 wird erstmals die Möglichkeit geschaffen, Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu befristen. Die Befristung dient dem Ziel, perspektivisch die Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen werden durch den neuen Absatz 4 in § 19 der Zulassungsverordnung für Ärzte geregelt.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 3 regelt, dass in der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte keine Regelungen für eine Befristung von Zulassungen zu treffen sind. Dies ist darin begründet, dass es in der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Zulassungssperren mehr gibt und daher eine Befristung keinen Sinn machen würde, weil der Vertragszahnarzt aufgrund der freien Zulassungsmöglichkeiten berechtigt wäre, eine neue Zulassung zu erhalten.

Zu Nummer 34 (§ 99)

Den Beteiligten wird ein größerer gesetzlicher Gestaltungsspielraum für die Bedarfsplanung eingeräumt, um regionale Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung be-

rücksichtigen zu können. Solche Besonderheiten können sich insbesondere aus der regionalen demographischen Entwicklung und Morbiditätsstruktur der Versicherten ergeben, wenn sich nach Alter, Geschlecht und ergänzenden Morbiditätskriterien ein spezifischer oder überdurchschnittlicher regionaler Versorgungsbedarf ergibt. Zu diesem Zweck kann von der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden (z. B. abweichende Abgrenzungen der Planungsbereiche oder abweichende Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad). Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt allerdings maßgeblich, wenn und soweit nicht regionale Besonderheiten die Abweichungen rechtfertigen; eine Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses, in der Bedarfsplanungsrichtlinie die Voraussetzungen für das Vorliegen regionaler Besonderheiten zu regeln, besteht nicht. Die Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie sind in dem Bedarfsplan zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen (§ 12 Absatz 3 Ärzte-ZV).

Neben den zuständigen Landesbehörden haben die Kassenärztlichen Vereinigungen andere Träger der Krankenversicherung und die kommunalen Verbände, soweit deren Belange durch die Bedarfsplanung berührt werden, zu unterrichten und bei der Aufstellung und Fortentwicklung der Bedarfspläne rechtzeitig hinzuziehen. Auch andere Sozialversicherungsträger und die Krankenhausgesellschaften sind zu unterrichten und können hinzugezogen werden (§ 13 Absatz 1 und 2 Ärzte-ZV). Die Länder können darüber hinaus vorsehen, dass Stellungnahmen des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V (neu) einzuholen und in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen sind.

Die bisherige Benehmensregelung wird durch eine Regelung ersetzt, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan künftig den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden, die nach § 78 SGB V die Rechtsaufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen ausüben, vorzulegen haben. Diese können den Bedarfsplan innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Da eine Beanstandung das Planungsermessen der Beteiligten in der Regel unberührt lässt, haben diese zu entscheiden, in welcher Form der Beanstandung abzuhelfen ist und wie die Einwände der Behörde in der Planung berücksichtigt werden sollen. Besteht darüber Einvernehmen, erübrigt sich die Anrufung des Landesausschusses. Andernfalls können die Beteiligten den Landesausschuss zur Entscheidung anrufen. Halten die Beteiligten demgegenüber an der bisherigen Planung einvernehmlich fest, steht ihnen der Rechtsweg gegen die Beanstandung offen.

Zu Nummer 35 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die neue Nummer 2a trägt der Verankerung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung Rechnung (vgl. insbesondere Änderung des § 116b). An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, die spezialärztliche Leistungen erbringen, stehen durch diese Leistungen nicht mehr im vollen Umfang zur Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung. Ihre Tätigkeit im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung ist daher bei der Berechnung des Versorgungsgrades in Abzug zu bringen. Der Gemeinsamen Bundesausschuss erhält deshalb den Auftrag, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Bestimmungen über den Umfang der Berücksichtigung dieser Tätigkeit zu treffen. Dabei wird der Gemeinsame Bundesausschuss auch festzulegen haben, wann Leistungen der spezialärztlichen Versorgung bei der Berechnung unberücksichtigt bleiben können, weil sie nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbracht werden. Zudem wird der Gemeinsame Bundesausschuss zu prüfen haben, inwieweit es nach § 101 Absatz 2 Satz 1 einer Anpassung der Verhältniszahlen bedarf, weil spezialärztliche Leistungen nicht mehr im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden und damit nicht mehr von der Bedarfsplanung erfasst werden.

Hintergrund der neuen Nummer 2b ist, dass bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich derzeit nur zugelassene und bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt oder in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellte Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 i. V. m. § 17 der Bedarfsplanungsrichtlinie). Um künftig alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der Bedarfsplanung zu erfassen, sieht die neue Nummer 2b einen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss vor, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Bestimmungen zur Berücksichtigung auch der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu treffen. Dies betrifft sowohl Ärztinnen und Ärzte, die über eine individuelle Ermächtigung verfügen (z. B. nach § 116 ermächtigte Krankenhausärzte) als auch Ärztinnen und Ärzte, die in einer ermächtigten Einrichtung (z. B. in einem Krankenhaus, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einem sozialpädiatrischen Zentrum) tätig sind. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses wird es sein, Regelungen darüber zu treffen, wie die betreffenden Ärztinnen und Ärzte ihrem jeweiligen Leistungsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung entsprechend anteilig in die Berechnung des Versorgungsgrades eines Planungsbereiches eingehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird auch festzulegen haben, unter welchen Voraussetzungen Ärzte bei der Berechnung unberücksichtigt bleiben können, weil sie vertragsärztliche Leistungen nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen.

Mit der Änderung der Nummer 3 wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Bedarfsplanungsrichtlinie eine Bestimmung über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze in einem überversorgten Planungsbereich zu treffen (sog. Sonderbedarfszulassungen), sprachlich präziser gefasst und erweitert. Unabhängig von den künftigen Möglichkeiten der zuständigen Gremien auf Landesebene, aufgrund regionaler Besonderheiten von der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zwecke einer bedarfsgerechten Versorgung abweichen zu können, wird ergänzend auch die Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation funktionstüchtig ausgestaltet. Anlass hierfür ist, dass von der Möglichkeit, Sonderbedarfszulassungen zur Gewährleistung der Sicher-

stellung der Versorgung zu erteilen, bislang von den Zulassungsausschüssen in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht wird. Die Umsetzung der entsprechenden Richtlinienregelungen bereitet in der Praxis offenbar Probleme. Es wird daher Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses sein, die Vorgaben und Konstellationen so zu konkretisieren, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wird. Dieser Sonderbedarf kann entweder lokal (räumlich) begründet sein oder sich qualitätsbezogen auf bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche (z. B. HIV-Betreuung) beziehen, so dass in einem Versorgungsbereich des jeweiligen Planungsbezirks trotz bestehender Überversorgung die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherige Regelung in Satz 6, die vorschreibt, dass die regionalen Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird durch eine flexiblere Regelung ersetzt. Künftig hat der Gemeinsamen Bundesausschuss die Planungsbereiche allein nach der Maßgabe festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Die neue Regelung gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss damit einen weiten Entscheidungsspielraum. Maßgeblich für die Neugestaltung der Planungsbereiche ist die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung. Aufgrund der unterschiedlichen Bedeutung der Wohnortnähe für verschiedene ärztliche Angebote ermöglicht die Neureglung es daher auch, bei der Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen zu differenzieren. In Betracht kommt dabei auch eine Differenzierung zwischen hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung. Letztere ist dabei von der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, wie sie künftig in § 116b geregelt ist und für die keine Bedarfsplanung vorgesehen ist, zu trennen. Die Neuregelungen sollen zum 1. Januar 2013 wirksam werden. Es ist daher Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, die erforderlichen Anpassungen der Bedarfsplanungsrichtlinie so rechtzeitig zu beschließen, dass sie zum 1. Januar 2013 in Kraft treten können. Der Gemeinsame Bundesausschuss bleibt im Übrigen verpflichtet, die Festlegung der Planungsbereiche regelmäßig zu überprüfen und ggf. an veränderte Gegebenheiten anzupassen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Da bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erfasst werden sollen, wird mit der Änderung auch die in Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte in die Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich einbezogen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die in Satz 7 getroffene Regelung, nach der bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsgrad nur mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt und in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärztinnen und Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen sind, wird um zwei Regelungen ergänzt. Der neue Satz 8 trägt der Verankerung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung Rechnung (vgl. insbesondere Änderung des § 116b). Soweit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte spezialärztliche Leistungen nach § 116b erbringen, ist diese Tätigkeit hiernach bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 1 Nummer 2a zu treffenden Bestimmungen zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass sich der Faktor, mit dem die betreffenden Ärzte in die Bedarfsplanung eingehen, entsprechend verringert. Der neue Satz 9 sieht eine Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten vor. Die Regelung nimmt dabei Bezug auf die künftig vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 1 Nummer 2b zu treffenden Bestimmungen (vgl. Begründung zu Doppelbuchstabe aa). Eine Berücksichtung der betreffenden Leistungserbringer erfolgt damit nach Maßgabe dieser Bestimmungen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung ein Verweisungsfehler aufgehoben.

In der Nummer 3 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich vorgegeben, dass eine zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderliche Anpassung der Verhältniszahlen insbesondere unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung vorzunehmen ist.

Als weitere sachgerechte Kriterien für die Anpassung der Verhältniszahlen kommen im Übrigen solche Faktoren in Betracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben. Hierzu gehören auf regionaler Ebene auch die Sozialstruktur der Bevölkerung, die räumliche Ordnung im Planungsbereich sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen. Dadurch können den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Regionen jeweils angemessen Rechnung getragen werden und die aus Patientensicht bedeutsamen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfernung der Versorgungsangebote berücksichtigt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 2, nach dem bei Anpassungen oder Neufestlegungen der Verhältniszahlen die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen war, wird aufgehoben. Die Anpassung der Verhältniszahlen soll damit künftig nicht mehr stichtagsbezogen, sondern allein nach sachgerechten Kriterien (§ 101 Absatz 2 Satz 1) erfolgen.

Zu Buchstabe c

Mit den Änderungen wird geregelt, dass die neuen Nummern 2a und 2b des § 101 Absatz 1 Satz 1 nicht für Zahnärzte gelten. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass eine spezialärztliche Leistungserbringung für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung nicht vorgesehen ist und Ermächtigungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung nur sehr selten sind. Aufwendige Richtlinienregelungen werden daher nicht für erforderlich gehalten.

Künftig Anwendung finden wird hingegen die Regelung des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a, die bislang nicht für Zahnärzte galt. Damit wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, auch in der Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragzahnärztlichen Versorgung die allgemeinen Voraussetzungen zu bestimmen, nach denen die Landesauschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in einem nicht unterversorgten Planungsbereich feststellen können. Für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird somit künftig die Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragszahnärzte in Gebieten bestehen, für die der Landesausschuss die Feststellung getroffen hat, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (vgl. § 105 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz).

Zu Nummer 36 (§ 103)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Aufhebung der Altergrenze für Vertragsärzte durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 30. September 2009.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund der neuen Nummer 12 des § 98 Absatz 2 in Verbindung mit § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte können Zulassungen künftig unter bestimmten Voraussetzungen befristet werden. Die Befristungsmöglichkeit dient dem Ziel, perspektivisch die Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Um dies zu gewährleisten, endet die vertragsärztliche Zulassung mit Ablauf des Befristungszeitraumes (§ 95 Absatz 7) und in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen findet kein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Absatz 4 Satz 1 statt. Um zu verhindern, dass der Ausschluss des Nachbesetzungsverfahrens durch einen vorzeitigen Zulassungsverzicht umgangen wird, bestimmt der neu in Satz 2 eingefügte zweite Halbsatz, dass ein Nachbesetzungsverfahren nicht stattfindet, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf des Befristungszeitraumes auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Neufassung des Satzes 5 enthält Ergänzungen, mit denen künftig bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis Versorgungsgesichtspunkte stärker als bisher berücksichtigt werden sollen.

Die Nummern 1 bis 3 sowie Nummer 6 entsprechen den bereits nach bisherigem Recht bei der Nachbesetzung zu berücksichtigenden Faktoren. Nummer 5 ergänzt den Kreis der zu berücksichtigenden Familienangehörigen um eingetragene Lebenspartner und dient der Gleichstellung von eingetragenen Lebenspartnerschaften mit Ehen.

Nummer 4 verpflichtet den Zulassungsausschuss bei der Auswahlentscheidung auch zu berücksichtigen, wenn eine Bewerberin oder ein Bewerber zuvor mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet vertragsärztlich tätig war. Unerheblich ist dabei, ob es sich um eine freiberufliche vertragsärztliche Tätigkeit oder um eine Angestelltentätigkeit gehandelt hat. Durch diese Berücksichtigung einer vorherigen vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen soll ein Anreiz für Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden, sich gerade zu Beginn ihres Berufslebens für eine vertragsärztliche Tätigkeit in unterversorgten Regionen zu entscheiden. Durch die neu geschaffene Nummer 4 werden die Chancen, zu einem späteren Zeitraum im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens eine Zulassung in einer attraktiveren Region zu erhalten, erhöht.

Die neue Nummer 7 gibt dem Zulassungsausschuss über die berufliche Eignung zur Fortführung der ausgeschriebenen Arztpraxis hinaus die Möglichkeit, besondere Versorgungsgesichtspunkte bereits bei der Ausschreibung des Vertragsarztsitzes zu definieren und bei der Bewerberauswahl zu berücksichtigen, wer bereit ist, diese besonderen Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen. Hierbei kann es sich um die Bereitschaft handeln, neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz im überversorgten Planungsbereich in gewissem Umfang auch in nahegelegenen schlechter versorgten Gebieten tätig zu sein, oder um die Verpflichtung, bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe in einem bestimmten Umfang anzubieten.

Wie bisher enthält Satz 5 keine Rangfolge der im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens zu berücksichtigenden Faktoren, deren Gewichtung daher im pflichtgemäßen Ermessen des Zulassungsausschusses liegt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der neue Satz 7 dient der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und verhindert, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit wegen Kindererziehung oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger unterbrochen haben, bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in gesperrten Planungsbereichen gegenüber Bewerberinnen und Bewerbern ohne Erziehungs- bzw. Pflegezeiten benachteiligt werden. Die zu berücksichtigende Dauer der ärztlichen Tätigkeit ist deshalb fiktiv um die Zeiträume zu verlängern, in denen eine ärztliche Tätigkeit wegen Erziehungs- oder Pflegeaufgaben vorübergehend nicht ausgeübt wurde.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zum neuen Absatz 4c.

Zu Doppelbuchstabe bb

Eine nach § 95 Absatz 9 Satz 1 genehmigte Anstellung kann künftig vom Zulassungsausschuss auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes in eine Zulassung umgewandelt werden (vgl. Ergänzung von § 95 um einen Absatz 9b und Erläuterung dort). Durch die Ergänzung in § 103 Absatz 4a wird § 95 Absatz 9b für entsprechend anwendbar erklärt. Hat demnach ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet, um in einem medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt tätig zu sein, kann die Angestelltenstelle zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umgewandelt werden.

Zu Buchstabe c

Durch die entsprechende Anwendbarkeit von § 95 Absatz 9b kann die Angestelltenstelle auch dann zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umgewandelt werden, wenn ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet hat, um in einem medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt tätig zu sein.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 4c

Um Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen abzubauen und dadurch langfristig eine ausgewogenere räumliche Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu erreichen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern, erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem neuen Absatz 4c die Möglichkeit, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung ein Vorkaufsrecht auszuüben. Mit dem Aufkauf der Praxis wird die Nachbesetzung des Praxissitzes ausgeschlossen und damit die Zahl der Praxissitze in dem überversorgten Gebiet reduziert. Diese Option ergänzt die in § 105 Absatz 3 vorgesehene Möglichkeit, den freiwilligen Verzicht eines Vertragsarztes auf seine Zulassung finanziell zu fördern.

Satz 1 gibt der Kassenärztlichen Vereinigung ein nicht übertragbares gesetzliches Vorkaufsrecht im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 Satz 1. Dieses Vorkaufsrecht ist vorrangig gegenüber dem Vorkaufsrecht nach Absatz 4d. Gegenüber einem rechtsgeschäftlichen Vorkaufsrecht, das im Übrigen keinen Einfluss auf die Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses über die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes hat, gilt der Vorrang des Vorkaufsrechts der Kassenärztlichen Vereinigung nur, wenn das rechtsgeschäftliche Vorkaufsrecht nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung vereinbart worden ist. Dann kann das rechtsgeschäftliche Vorkaufsrecht nur ausgeübt werden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung von ihrem gesetzlichen Vorkaufsrecht keinen Gebrauch macht. Vor Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung vereinbarte Vorkaufsrechte gehen dem Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung vor.

Das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung entsteht, wenn der Zulassungsausschuss einen Nachfolger für den ausgeschriebenen Vertragsarztsitz ausgewählt hat. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ihr Vorkaufsrecht ausüben, wenn zwischen dem ausscheidenden Vertragsarzt oder seinem zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben (Verpflichteten) und dem Nachfolger ein Kaufvertrag über die Praxis zustande gekommen ist (§ 463 des Bürgerlichen Gesetzbuchs). Der Zulassungsausschuss hat die Kassenärztliche Vereinigung und den Verpflichteten nach Satz 5 vor Erteilung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung an den Nachfolger über die getroffene Auswahlentscheidung zu unterrichten. Der Verpflichtete hat nach Satz 6 der Kassenärztlichen Vereinigung den Inhalt des mit dem Nachfolger geschlossenen Kaufvertrags mitzuteilen; dies entspricht der vergleichbaren Regelung in § 469 Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Dadurch wird sichergestellt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Kenntnis von den genauen Bedingungen des abgeschlossenen Vertrags erhält. Die Ausübung des Vorkaufsrechts steht im Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigung. Über das allgemeine gesetzgeberische Ziel hinaus, den Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Vorkaufsrecht eine Handlungsoption zum Abbau von Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen zu eröffnen, sieht das Gesetz keine weiteren inhaltlichen Kriterien für die Ermessensentscheidung vor. Nach Satz 4 ist die Ausübung des Vorkaufsrechts allerdings ausgeschlossen, wenn der ausgewählte Nachfolger dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Durch diese Regelung wird dem familiären Interesse eines Verpflichteten an der Weitergabe der Arztpraxis an Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner Rechnung getragen. Darüber hinaus wird verhindert, dass Ärztinnen und Ärzte, mit denen der ausscheidende Vertragsarzt zuvor gemeinsam tätig war, durch eine Ausübung des Vorkaufsrechts faktisch gezwungen werden, den Umfang und Zuschnitt ihrer vertragsärztlichen Praxis zu reduzieren.

Nach Satz 7 ist das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber dem ausscheidenden Vertragsarzt durch privatrechtsgestaltenden Verwaltungsakt innerhalb einer Frist von einem Monat auszuüben. Der Lauf dieser Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem der Kassenärztlichen Vereinigung sowohl die Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses nach Satz 5 als auch der Inhalt des geschlossenen Kaufvertrags nach Satz 6 mitgeteilt worden ist. Maßgebend für den Beginn der Frist ist also der Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung. Die Wirkung des Vorkaufsrechts tritt ein, wenn der Verwaltungsakt, durch den das Vorkaufsrecht ausgeübt wird, unanfechtbar geworden ist. Da der Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung über die Ausübung des Vorkaufsrechts sowohl von dem Verpflichteten als auch von dem ausgewählten Nachfolger mit der Anfechtungsklage vor dem zuständigen Sozialgericht angefochten werden kann, wird der Bescheid über die Ausübung des Vorkaufsrechts auch dem Nachfolger bekanntzugeben sein.

Praxiskaufverträge werden häufig unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren eine vertragsärztliche Zulassung erhält. Übt die Kassenärztliche Vereinigung ihr Vorkaufsrecht aus, findet jedoch nach Satz 11 eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes nicht statt. Dadurch wäre der Eintritt des Vorkaufsfalles dauerhaft ausgeschlossen. Allein um sicherzustellen, dass bei Ausübung des Vorkaufsrechts ein wirksamer Kaufvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung zustande kommt, fingiert Satz 8 den Eintritt des Vorkaufsfalles. Zulassungsrechtliche Folgen sind an diese relative Fiktion nicht geknüpft.

Satz 9, stellt klar, dass §§ 463, 464 Absatz 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuches im vorliegenden Zusammenhang entsprechend anzuwenden sind. Hinsichtlich des von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Kaufpreises gilt allerdings nach Satz 10 Absatz 4 Satz 8 entsprechend. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes werden danach bei Ausübung des Vorkaufsrechts in derselben Weise geschützt wie bei dem Verkauf der Praxis an einen Nachfolger im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens nach Absatz 4 Satz 1.

Durch Satz 11 wird klargestellt, dass eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes nach Ausübung des Vorkaufsrechts

ausgeschlossen ist, da dies dem Zweck der Regelung – Abbau von Überversorgung – widersprechen würde.

Zu Absatz 4d

Die Sätze 1 und 2 entsprechen dem bisherigen Absatz 4a Sätze 2 und 3. Satz 1 wurde allerdings ein neuer Halbsatz angefügt, der bewirkt, dass medizinische Versorgungszentren, die im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 eine Praxis übernehmen und in der Weise weiterführen wollen, dass die vertragsärztliche Tätigkeit nicht in der Praxis, sondern in den Räumlichkeiten des medizinischen Versorgungszentrums ausgeübt wird, hierzu nur dann berechtigt sind, wenn dieser Verfahrensweise keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen. Die Regelung erfolgt in Anlehnung an die Vorschrift zur Verlegung eines Praxissitzes nach § 24 Ärzte-ZV und soll der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung dienen. Führt daher die Übernahme einer Praxis in ein medizinisches Versorgungszentrum zu Versorgungsproblemen am bisherigen Sitz der Praxis, stehen diese Versorgungsprobleme einer solchen Übernahme entgegen. Seitens des medizinischen Versorgungszentrums wäre in diesem Fall ggf. zu prüfen, ob am bisherigen Praxissitz eine Zweigpraxis eingerichtet wird.

Mit der in Satz 3 ff. getroffenen Regelung wird das Ziel verfolgt, die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit zu schützen und zu verhindern, dass im Nachbesetzungsverfahren Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die sich auf einem frei werdenden Vertragsarztsitz niederlassen wollen, durch medizinische Versorgungszentren verdrängt werden, deren Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht mehrheitlich in der Hand von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten liegen, die in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. Hintergrund ist die besonders in kapitalintensiven Bereichen der Medizin zu beobachtende Übernahme von Vertragsarztsitzen durch Kapitalgesellschaften, die die Voraussetzungen für die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums durch den Ankauf eines Leistungserbringers, wie z. B. eines Pflegedienstes erfüllen (vgl. die Begründung zur Einfügung des § 95 Absatz 1a). Als besonders nachteilig ist diese Entwicklung zu beurteilen, wenn Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten, in denen freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen, von Kapitalgesellschaften übernommen werden, deren Geschicke aufgrund der Mehrheitsverhältnisse nicht maßgeblich von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten beeinflusst werden können. Gemeinsam mit den in § 95a Absatz 1a geregelten Einschränkungen der Gründungsberechtigung tragen die Sätze 3 ff. dazu bei, die Verdrängung freiberuflich tätiger Ärztinnen und Ärzte durch solche Kapitalgesellschaften in überversorgten Planungsbereichen zu vermeiden.

Zur Erreichung der dargestellten Ziele erhalten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sowie Ärztinnen und Ärzte, die sich auf einen frei werdenden Sitz niederlassen wollen, für den Fall, dass im Rahmen der vom Zulassungsausschuss zu treffenden Auswahlentscheidung ein medizinisches Versorgungszentrum den Zuschlag erhält, bei dem die Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht mehrheitlich in der Hand von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten liegen, die in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind, ein Vorkaufsrecht gegenüber diesem medizinischen Versorgungszentrum. Deshalb kann der Zulassungsausschuss dem ausgewählten medizinischen Versorgungszentrum zunächst noch keine Zulassung erteilen. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums steht vielmehr unter dem Vorbehalt, dass keiner der übrigen Bewerber von seinem Vorkaufsrecht Gebrauch macht. Aus dem Sinn der Regelung folgt, dass medizinische Versorgungszentren, die nicht mehrheitlich in ärztlicher Hand sind und die auch nicht unter die Bestandsschutzregelung nach Satz 4 fallen, nicht ihrerseits ein Vorkaufsrecht ausüben können. Das Vorkaufsrecht nach Absatz 4d hat Vorrang gegenüber eventuell bestehenden rechtsgeschäftlichen Vorkaufsrechten, sofern diese nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung begründet worden sind. Mit der Ausübung des Vorkaufsrechts kommt gemäß § 464 Absatz 2 BGB ein Kaufvertrag über die Praxis unter den Bestimmungen zustande, die der Verpflichtete mit dem medizinischen Versorgungszentrum vereinbart hat.

Nach der Übergangsregelung in Satz 4 besteht das Vorkaufsrecht grundsätzlich nicht, wenn die Auswahlentscheidung zu Gunsten eines medizinischen Versorgungszentrums getroffen worden ist, das vor dem Inkrafttreten der Neuregelung bereits zugelassen war und damit unter die Bestandsschutzregelung nach § 95 Absatz 1a Satz 2 fällt. Allerdings soll die Übergangsregelung nicht medizinische Versorgungszentren begünstigen, die sich vor Inkrafttreten der Neuregelung mehrheitlich in vertragsärztlicher Hand befunden haben und in denen die Mehrheitsverhältnisse erst danach zu Ungunsten der Vertragsärzte verändert worden sind. Das Vorkaufsrecht anderer Bewerber ist zudem nachrangig gegenüber dem Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 4c. Es besteht damit auch dann nicht, wenn die Kassenärztliche Vereinigung von Ihrem Vorkaufsrecht Gebrauch macht.

Die Sätze 6 bis 14 regeln das Verfahren bezogen auf die Ausübung des Vorkaufsrechts. Der Zulassungsausschuss hat gleichzeitig mit der Auswahlentscheidung für das MVZ den vorrangig vorkaufsberechtigten Mitbewerber auszuwählen, dem auch die Zulassung zur Fortführung der Praxis erteilt wird, wenn er sein Vorkaufsrecht ausübt und dadurch in den Praxiskaufvertrag eintritt. Für die Auswahl des vorkaufsberechtigten Arztes gelten nach Satz 7 dieselben Auswahlkriterien, wie für die Auswahl des Praxisnachfolgers durch den Zulassungsausschuss. Die Auswahlentscheidung zugunsten des medizinischen Versorgungszentrums und die Auswahlentscheidung zugunsten des vorkaufsberechtigten Arztes sind allen Mitbewerbern und dem ausscheidenden Vertragsarzt oder seinem zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben (Verpflichteten) gemäß Satz 8 mitzuteilen. Der Verpflichtete hat seinerseits nach Satz 9 dem ausgewählten Bewerber (Berechtigten) den genauen Inhalt des mit dem MVZ geschlossenen Kaufvertrags mitzuteilen. Nach Satz 10 kann der ausgewählte Bewerber sein Vorkaufsrecht innerhalb der Ausschlussfrist von einem Monat, die erst beginnt, wenn ihm die Mitteilungen gemäß Satz 8 und 9 zugegangen sind, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Verpflichteten ausüben. Aus den zu Absatz 4c genannten Gründen bedarf es auch im Hinblick auf das Vorkaufsrecht nach Satz 3 einer Zulassungsfiktion, die den Eintritt des Vorkaufsfalles fingiert, jedoch keine zulassungsrechtlichen Folgen hat. Die Rechtsfolgen des ausgeübten Vorkaufsrechts ergeben sich aus den gemäß Satz 12 anzuwendenden

Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Wenn das Vorkaufsrecht nicht ausgeübt wird, hat der nach denselben Kriterien zu bestimmende nachfolgende Bewerber die Möglichkeit zur Ausübung. Um einen Verfall des Werts der abzugebenden Praxis durch Zeitablauf nach Möglichkeit zu vermeiden, wird das Verfahren zügig durchzuführen sein. Wenn keiner der Bewerber von seinem Vorkaufsrecht Gebrauch macht, erhält das vom Zulassungsausschuss ausgewählte medizinische Versorgungszentrum eine Zulassung.

Zu Nummer 37 (§ 105)

Zu Buchstabe a

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung die Möglichkeit, in ambulant nicht ausreichend versorgten Gebieten Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten zu betreiben. Mit der ergänzenden Regelung zur Finanzierung der Mittel wird klargestellt, dass die ärztlichen Leistungen, die in diesen Eigeneinrichtungen erbracht werden, aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet werden. Dabei sind die jeweiligen Vergütungsregelungen gemäß §§ 87a und 87b entsprechend zu beachten, insbesondere, ob es sich um Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung handelt oder um zusätzlich von den Krankenkassen zu finanzierende Leistungen.

Zu Buchstabe b

Im Rahmen des Ausbaus der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung werden die Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und -ärzten über Vergütungsanreize weiter entwickelt. Bereits nach geltendem Recht haben die Kassenärztlichen Vereinigungen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern (§ 105 Absatz 1). Zu diesen Maßnahmen gehören u. a. die Nachwuchsförderung wie beispielsweise die Vergabe von Stipendien an Medizinstudentinnen und -studenten, verbunden mit der Bedingung der ambulanten Tätigkeit in strukturschwachen Gebieten, oder die finanzielle Förderung von Neuniederlassungen (z. B. durch Investitionshilfen). Von diesen Möglichkeiten wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht. Um flexibel insbesondere finanzielle Anreize für die Niederlassung in ambulant nicht ausreichend versorgten Gebieten (Beschlüsse gemäß § 100 Absätze 1 bis 3) setzen zu können, erhält die Kassenärztliche Vereinigung nunmehr die Möglichkeit, einen Strukturfonds einzurichten. Macht die Kassenärztliche Vereinigung von dieser Möglichkeit Gebrauch, sollen in diesen Fonds 0,1 Prozent der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ergänzend eine entsprechend gleich große Summe seitens der Krankenkassen einfließen. Als Maßnahmen, die mit Mitteln des Strukturfonds gefördert werden können, kommen auch hier insbesondere Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassungen oder bei Gründung von Zweigpraxen, Vergütungs- und Ausbildungszuschläge oder auch die Nachwuchsförderung von Medizinstudentinnen und -studenten durch Vergabe von Stipendien in Betracht. Über die konkrete Verwendung der Mittel entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung.

Zu Buchstabe c

Die bestehenden Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung zu fördern, werden erweitert. Um diese Möglichkeit verstärkt dafür zu nutzen, Überversorgung abzubauen, wird die bisherige Beschränkung der Förderung auf Vertragsärztinnen und -ärzte, die mindestens 62 Jahre alt sind, gestrichen.

Durch den neuen Satz 2 wird klargestellt, dass in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen eine finanzielle Förderung auch durch den Aufkauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung bei Verzicht auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 möglich ist. Diese Handlungsmöglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen dient dazu, gezielt Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung zu ergreifen. Die Möglichkeit der finanziellen Förderung nach § 105 Absatz 3 ergänzt die Regelungen zum Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen in § 103 Absatz 4. Der Aufkauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Satz 2 unterscheidet sich von der Ausübung des Vorkaufsrechts insofern, als eine finanzielle Förderung nach § 105 Absatz 3 Satz 1 den freiwilligen Verzicht des Vertragsarztes auf seine Zulassung voraussetzt und eine Ausschreibung zur Nachbesetzung von vornherein unterbleibt.

Die Maßnahmen nach Absatz 3 sind wie bisher allein aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigung zu finanzieren.

Zu Buchstabe d

Die bisherigen Sätze 3 und 4, die für Sicherstellungszuschläge in der vertragsärztlichen Versorgung eine gesonderte Finanzierungsregelung für die Jahre 2007 bis einschließlich 2009 vorsahen, können wegen Zeitablaufs ersatzlos gestrichen werden.

Zu Buchstabe e

Der neue Absatz 5 ermöglicht es erstmals auch kommunalen Trägern (Städte, Gemeinden und Landkreise) in begründeten Ausnahmefällen Eigeneinrichtungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn die von der Kassenärztlichen Vereinigung zuvor ergriffenen Sicherstellungsmaßnahmen nicht gegriffen haben. Voraussetzung für die Gründung einer Eigeneinrichtung ist zudem, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen deren Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 hiervon unberührt bleibt, zuvor der Gründung der Eigeneinrichtungen zustimmt. Das Zustimmungserfordernis bringt ebenfalls zum Ausdruck, dass die Gründung einer Eigeneinrichtung durch kommunale Träger subsidiär gegenüber Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung ist. Liegen die genannten Voraussetzungen vor, hat der Zulassungsausschuss den kommunalen Träger auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen (Satz 2). In der Eigeneinrichtung können dann angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig sein, die in das Arztregister eingetragen sind. Ebenso wie in

medizinischen Versorgungszentren bedarf die Anstellung der Genehmigung des Zulassungsausschusses, die zu versagen ist, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz Absatz 1 Satz 2 angeordnet sind. Satz 4 stellt ausdrücklich klar, dass die in der kommunalen Eigeneinrichtung tätigen Ärzte bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden sind.

Die Vergütung der in der kommunalen Eigeneinrichtung erbrachten ärztlichen Leistungen erfolgt nach § 120 Absatz 1 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und wird von dem kommunalen Träger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

Zu Nummer 38 (§ 106)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Versehens.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da im Genehmigungsverfahren nach § 32 Absatz 1a zu prüfen ist, ob die beantragten Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, gelten genehmigte Behandlungen für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf als wirtschaftlich und können vertragsärztlich verordnet werden, ohne dass diese Verordnungen das Richtgrößenvolumen belasten und Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzung stellt sicher, dass auch die durch die bundesweit geltenden Praxisbesonderheiten bei Heilmittelverordnungen bedingten Kosten vor Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verordnungskosten der jeweiligen Praxis abgezogen werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Verweisung auf die Regelung des mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts aufgehobenen § 73d SGB V wird gestrichen. Weiterhin besteht aber die Möglichkeit auch in Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 5 SGB V vorab Praxisbesonderheiten zu definieren, die von den Prüfungsstellen zu berücksichtigen sind, wenn die vereinbarten Voraussetzungen eingehalten wurden.

Zu Buchstabe c

Da gemäß der Neuregelung in Absatz 5e die Festsetzung eines Erstattungsbetrages bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens eine vorherige Beratung oder zumindest ein Beratungsangebot vorraussetzt und somit nur zeitversetzt erfolgen kann, muss die Begrenzung des Erstattungsbetrages auf die ersten beiden Jahre der tatsächlichen Festsetzung bezogen werden. Ansonsten liefe die Regelung ins Leere.

Zu Buchstabe d

Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v. H. soll kein Regress festgesetzt werden, bevor den betroffenen Vertragsärztinnen und -ärzten daraufhin nicht zumindest eine einmalige Beratung angeboten wurde.

Damit das wirtschaftliche Risiko infolge einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens kalkulierbar bleibt und insoweit Rechtssicherheit besteht, wird ihnen dabei zudem die Möglichkeit eingeräumt, in begründeten Fällen bereits im Rahmen dieser Beratung eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten zu beantragen. Ein Feststellungsinteresse kann beispielsweise bestehen für geltend gemachte Praxisbesonderheiten, die nicht vorab anerkannt oder bereits Gegenstand von Prüfungsverfahren gewesen sind. Die Beantragung soll auch möglich sein, wenn zu einem späteren Zeitpunkt auf Grund einer nachweislich absehbaren erneuten Überschreitung des Richtgrößenvolumens die Festsetzung eines Erstattungsbetrages droht.

Die Umsetzung der Regelungen erfordert eine weitere Konkretisierung auf untergesetzlicher Ebene. Den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 4 wird daher aufgegeben, das Nähere zu regeln.

Zu Nummer 39 (§ 111b)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen im Hinblick auf die Anwendung des Schiedsverfahrens zu den Vergütungsverträgen auch für die ambulante Rehabilitation.

Zu Nummer 40 (§ 111c)

Die neue Vorschrift des § 111c SGB V ist die Grundlage für die Erbringung von ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 1. Sie sieht einheitliche Versorgungsverträge für diese Leistungen vor. Die Vorschrift dient der Gleichstellung der ambulanten mit den stationären Rehabilitationseinrichtungen. Sie lehnt sich daher eng an die entsprechende Regelung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen in § 111 an.

Zu Absatz 1

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in § 40 Absatz 1 genannten ambulanten Leistungen der Rehabilitation mit Einrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht und die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit medizinischen Leistungen der ambulanten Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation notwendig sind. Soweit dies für die Erbringung wohnortnaher ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, können Verträge nach Satz 1 auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die die in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, ohne dass für sie ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht. Dies gilt nach wie vor auch für Einrichtungen, die mobile Rehabilitationsleistungen erbringen.

Zu Absatz 2

§ 109 Absatz 1 Satz 1 gilt – wie bei den Versorgungsverträgen mit stationären Rehabilitationseinrichtungen – entsprechend. Dies bedeutet, dass Versorgungsverträge durch Einigung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam mit den Rehabilitationseinrichtungen zustande kommen. Diese Verträge bedürfen der Schriftform.

Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. Auch diese Regelung bedeutet eine Gleichstellung der ambulanten gegenüber den stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Vergütungsverträge zu ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.

Zudem wird das für den Bereich der stationären Rehabilitation mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze eingeführte Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen nun auch für die ambulante Rehabilitation vorgesehen. Damit wird auch hier ein geeignetes Instrument geschaffen, das bei Konflikten der Vertragspartner über die Höhe der Vergütung und die Kosten ambulanter Rehabilitation greift und das auf die Durchsetzung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung abzielt.

Kommt eine Vereinbarung innerhalb von 2 Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

Zu Nummer 41 (§ 112)

Durch die Änderung des § 39 wird klargestellt, dass das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt Teil der Krankenhausbehandlung ist. Die Vertragspartner nach Absatz 1 erhalten die Aufgabe, die Einzelheiten des Entlassmanagements in zweiseitigen Verträgen zu konkretisieren.

Zu Nummer 42 (§ 116)

Zu den Buchstaben a und b

Nach § 116 hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist zu erteilen soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wird diese Möglichkeit zum einen auf Ärztinnen und Ärzte erweitert, die in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung tätig sind, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht. Zum anderen wird sie auf Ärztinnen und Ärzte erweitert, die gemäß § 119b Satz 3 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung ermächtigt sind. An der bereits nach geltendem Recht bestehenden Voraussetzung, dass eine Ärztin und ein Arzt, der nach § 116 ermächtigt wird, über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen muss, wird festgehalten. Dies gilt auch für die Voraussetzung, dass eine Ermächtigung nur möglich ist, wenn der Träger der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, seine Zustimmung hierzu erteilt.

Zu Nummer 43 (§ 116a)

§ 116a sieht derzeit nur im Falle einer vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellten ärztlichen Unterversorgung die Möglichkeit vor, ein zugelassenes Krankenhaus durch den Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Diese Möglichkeit wird zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung auf Fälle erweitert, in denen der Landesausschuss festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

Zu Nummer 44 (§ 116b)

Zu Absatz 1

Mit der Entwicklung des medizinischen Fortschritts hat das Erfordernis der ärztlichen und pflegerischen Interdisziplinarität bei Diagnostik und Therapie einer Vielzahl von Erkrankungen zugenommen. Auch die Multimorbidität stellt zunehmend – nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem steigenden Lebensalter – eine Herausforderung dar, die oftmals nicht mehr innerhalb der Fachgebiete einzelner Fachärzte angegangen werden kann oder die die Zusammenarbeit verschiedener Professionen erfordert. Die qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder erfordern Expertise von Spezialisten bzw. spezielles medizinisches Wissen, interdisziplinäre Kooperation und oftmals besondere Ausstattungen. Zudem kann es medizinisch auch sinnvoll sein, nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine dort stationär begonnene komplexe Behandlung ambulant – unter Wahrung der Behandlungskontinuität – weiterzuführen. Diese Entwicklung wirkt sich nicht nur auf die Krankenhausversorgung, sondern auch auf die ambulante Versorgung aus. Sie erhöht insbesondere die Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich und bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich mit sich. Inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen.

Die strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung (vertragsärztliche Versorgung – Krankenhausversorgung) wird dieser Entwicklung nicht mehr hinreichend gerecht und soll daher durch die Einführung eines sektorenverbindenden Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung überwunden werden.

Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst nach Satz 1 die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, wenn sie je nach Krankheit die nachfolgenden Anforderungen erfüllen:

– Es sind besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, die deutlich über allgemeine Facharztqualifikationen hinausgehen,

– es ist ein interdisziplinäres Team vorzuhalten und

– es sind besonders hohe Anforderungen an die Strukturqualität (aufwändige organisatorische, bauliche, apparativtechnische oder hygienische Anforderungen) zu stellen.

Durch die Formulierung „je nach Krankheit“ wird klargestellt, dass es bei bestimmten Krankheiten, wie insbesondere den seltenen Erkrankungen, für die Zugehörigkeit zum Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist, dass für deren Diagnostik oder Behandlung alle drei der genannten Anforderungen gemeinsam erfüllt sein müssen. Der Bedarf nach einer besonderen Expertise des Behandlers bei der Diagnostik oder Therapie begründet für die seltenen Erkrankungen bereits die Zugehörigkeit zum Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

Diese Vorgaben des Satzes 1 sind auch für die konkrete Bestimmung des Leistungsumfangs und dessen Fortentwicklung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss von Bedeutung.

Der in Satz 2 bestimmte Leistungsumfang des ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs umfasst das bisherige Spektrum des § 116b SGB V, d.h. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen, einschließlich der Krankheiten, für die der G-BA in seiner Richtlinie die Anwendung des § 116b SGB V erweitert hat. Zudem werden Teilbereiche ambulanter Operationen und stationsersetzende Leistungen (nach § 115b SGB V) einbezogen, sofern diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß seinem Auftrag nach Absatz 5 dem Bereich der spezialärztlichen Versorgung zugeordnet, konkretisiert und entsprechend Absatz 3 näher ausgestaltet werden. Die ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe haben den Kriterien der spezialärztlichen Versorgung nach Satz 1 zu entsprechen (etwa hinsichtlich der Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs oder unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Patienten – wie z. B. Ältere mit komplexem Krankheitsbild und Begleiterkrankungen und/oder Komplikationsrisiken). Das schließt eher komplexere Eingriffe ein, die eine hohe Expertise, interdisziplinäre Kooperation (z. B. Anästhesie, Labormedizin, Radiologie, Histologie, Pathologie, Notfallmanagement) oder auch eine sorgfältige und umfassende Nachsorge erfordern. Beispielhaft zu nennen wären hierfür solche Bereiche wie Operationen am Rückenmark, bestimmte Nasenoperationen, Implantation (bzw. Entfernung, Wechsel, Korrektur) von einem Herzschrittmacher oder Defibrillator, Koronarangiographien, schwierige Operationen an Blutgefäßen, Entfernung von Lymphknoten und Lymphgefäßen, komplexe endoskopische Operationen, Inzisionen am Knochen, spezifische Handchirurgie, geschlossene und offene Repositionen von Frakturen, etc.). Hingegen fallen nicht automatisch alle gegenwärtig im Katalog zum ambulanten Operieren gelisteten Eingriffe ohne Weiteres hierunter (z. B. nicht vergleichsweise „einfache“ Eingriffe wie z. B. Entfernung von Knochensynthesematerial wie Draht, Klammern, kleinflächige Hauttransplantationen, einfache Katarakt-Operationen).

Durch Satz 3 wird klargestellt, dass hinsichtlich der im neuen Versorgungsbereich angewendeten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden diese Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein können, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Da in dem neuen sektorenverbindenden Versorgungsbereich hohe Anforderungen an die Qualifikation, Expertise, Interdisziplinarität und Kooperation gestellt sind sowie die Leistungserbringung unter festgelegten Qualitätskriterien erfolgt, können neben den Leistungen, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, auch solche ambulant erbringbaren Methoden Gegenstand des Leistungsumfangs sein, die gemäß § 137c SGB V im stationären Bereich erbracht werden können. Insoweit gilt die Regelungskonstruktion des stationären Bereiches hinsichtlich der „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ – soweit es sich um ambulant erbringbare Methoden handelt – auch für den neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereich.

Zu Absatz 2

Der Zugang zur Leistungserbringung im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung wird für die jeweiligen spezialärztlichen Leistungen für die in Betracht kommenden Leistungserbringer (insbesondere Vertragsärzte, MVZ’s, Krankenhäuser und Praxiskliniken) über einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen eröffnet. Die jeweiligen Anforderungen (sächliche und personelle Voraussetzungen für die Leistungserbringung) sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen. Leistungserbringer, die die leistungs- bzw. indikationsspezifisch durch den G-BA festgelegten Anforderungen erfüllen, sind grundsätzlich zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung berechtigt. Der Zugang setzt aber eine Anzeige gegenüber dem jeweiligen Land mit Belegen über die Teilnahmeberechtigung voraus. Nach Satz 3 wird den zuständigen Landesbehörden das Recht eingeräumt, innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige zu überprüfen, ob die konkreten Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung vorliegen; sofern die Landesbehörde dem anzeigenden Leistungserbringer nicht innerhalb dieser Frist mitteilt, dass er die Voraussetzungen für die Erbringung der angezeigten spezialärztlichen Leistungen nicht erfüllt, ist dieser mit Ablauf der Frist zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung berechtigt (Satz 3). Die Meldepflichten nach Satz 4 dienen der notwendigen Transparenz über die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. So benötigen z. B. die Krankenkassen entsprechende Informationen, weil die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 6 unmittelbar mit ihnen abgerechnet werden.

Entsprechend dem bisherigen Bestimmungsverfahren nach § 116b Absatz 2 a.F wird für die ambulante spezialärztliche Versorgung keine Bedarfsplanung eingeführt. Eine Planung,

die eine konkrete Bestimmung des jeweiligen Bedarfs an spezialärztlichen Leistungserbringern für jede einzelne der gelisteten Krankheiten und Leistungen erfordern würde, ist für den Leistungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung aufgrund des Aufwandes nicht praktikabel.

Zu Absatz 3

Wie nach bisheriger Rechtslage erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in einer Richtlinie den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung näher auszugestalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat – wie nach bisheriger Rechtslage und aufbauend auf den bereits in seiner Richtlinie nach § 116b SGB V getroffenen Regelungen – die Erkrankungen gemäß ICD-Codierung oder mittels weiterer von ihm zu beschreibender Merkmale zu konkretisieren sowie den Behandlungsumfang zu bestimmen. Ferner sind in der Richtlinie auch die notwendigen medizinisch-inhaltlichen Anforderungen persönlicher und sächlicher Art an die Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für alle Leistungserbringer einheitlich festzulegen. Die Anforderungen betreffen insbesondere die fachliche Qualifikation unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnungen, die Strukturqualität, organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienischen Anforderungen, Anforderungen an das interdisziplinäre Team, einschließlich Notfallsituationen und besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Zudem trifft der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 3 in der Richtlinie Regelungen zu Überweisungserfordernissen für den spezialärztlichen Versorgungsbereich. Insbesondere bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen kann sich der besondere Krankheitsverlauf sowohl durch die Krankheit selbst (z. B. bestimmte Formen, Stadien oder Phasen) als auch durch die Merkmale der Patienten im individuellen Fall (z. B. Begleiterkrankungen, Komplikationen) ergeben. Diese allein medizinisch entscheidbare Beurteilung im individuellen Fall verbleibt bei den jeweils behandelnden Ärzten, die die Patienten in die ambulante spezialärztliche Versorgung überweisen. Dadurch wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören.

Das Überweisungserfordernis wird vom G-BA indikationsspezifisch festgelegt und ausgestaltet. Hierbei kann der G-BA – soweit aus fachlicher Sicht sinnvoll und hinreichend abstrakt möglich – (nicht abschließende) Empfehlungen als Entscheidungshilfe für die behandelnden Ärzte abgeben, bei welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit insbesondere bzw. in der Regel von einem besonderen Krankheitsverlauf einschließlich der erforderlichen Diagnostik auszugehen ist (Satz 5). Zudem kann der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 6 in seiner Richtlinie für die Versorgung der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Abstimmung der Versorgung zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern in diesem Versorgungsbereich fördern (Kooperationsvereinbarungen). Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierfür medizinische oder andere Kriterien zur Versorgungsabstimmung und inhaltlichen Ausgestaltung der Zusammenarbeit vorgeben, damit eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen den Leistungserbringern, die auch die Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten ermöglicht, gefördert wird. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss solche Regelungen für Kooperationsvereinbarungen zu treffen (Satz 7). Die Beteiligten haben die Regelungen in Verträgen umzusetzen. Kooperationsverträge nach Satz 6 und 7 sind nach Absatz 2 Satz 2 Voraussetzung für die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung. Die Kooperationsvereinbarungen sollen dem sektorenübergreifenden Ansatz der ambulanten spezialärztlichen Versorgung Rechnung tragen. Kooperationsverträge sind deshalb zwischen Krankenhäusern auf der einen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern auf der anderen Seite abzuschließen. Vereinbarungen zur Kooperation, die z. B. nur zwischen Krankenhäusern oder nur zwischen Vertragsärzten geschlossen werden, stellen keine Kooperation im Sinne von Satz 6 und 7 dar.

Der Zugang der Patienten zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung erfolgt somit durch Überweisung des behandelnden Vertragsarztes, durch Direktbehandlung des Facharztes der spezialärztlichen Versorgung und durch Überweisung des behandelnden Krankenhausarztes (als hausinterne Überweisung). Im letzteren Fall erfolgt im Versorgungsbereich der Onkologie die Überweisung auf der Grundlage der abzuschließenden Kooperationsvereinbarung. Verpflichtende Kooperationsvereinbarungen werden dabei auf diejenigen Krankheiten als Zugangsvoraussetzung beschränkt, bei denen (wie z. B. in der Onkologie) in der Folge einer stationären Behandlung der Patientenzugang regelmäßig unmittelbar in die ambulante spezialärztliche Versorgung des Krankenhauses erfolgt und damit insoweit einem bestehenden strukturellen Nachteil der übrigen Leistungserbringer beim Patientenzugang in die ambulante spezialärztliche Versorgung begegnet werden kann.

Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, können entsprechende Leistungen nur als (voll- oder teilstationäre) Krankenhausbehandlung erbringen und abrechnen (insbesondere mit Ein-Tages-DRG's), wenn die Krankenhausbehandlung medizinisch erforderlich ist.

Zu Absatz 4

Aufbauend auf der bisherigen Richtlinie nach § 116b hat der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung auf Antrag zu erweitern. Absatz 1 Satz 1 gilt auch hier, d.h. der Gemeinsame Bundesausschuss prüft, ob es sich um eine komplexe, schwer therapierbare Krankheit handelt, deren Diagnostik oder Behandlung eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit oder besondere Ausstattungen erfordern. Als Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der in Satz 1 genannten Antragsberechtigten solche Erkrankungen in die Richtlinie zu dem Katalog nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 auf, die eines durchgängigen diagnostischen oder therapeutischen Versorgungskonzeptes bedürfen. Bei den Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen folgt der Bedarf an spezialärztlicher Versorgung regelmäßig z. B. aus komplexen Verlaufsphasen

der Erkrankung, die eines abgestimmten Versorgungskonzepts bedürfen. Solche besonderen Verlaufsphasen können z. B. sein:

– Auftreten von (therapiebedingten) Komplikationen, und/oder schweren Therapie-Nebenwirkungen, die eine besondere/spezialisierte Überwachung erfordern,

– zusätzliche Begleit- und- Mehrfacherkrankungen (Ko- und Multimorbiditäten),

– Übergang in schwerere Krankheitsstadien, Krankheitsprogression, akute Verschlimmerungen, weitergehende Krankheitsmanifestationen, etwa in verschiedenen Organsystemen.

Patienten benötigen jedoch nicht bei jeder Grunderkrankung (z. B. Krebs) sondern nur bei besonderen Krankheitsverläufen diese spezialärztliche Versorgung.

Als hochspezialisierte Leistungen im Sinne von Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 kann der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der in Satz 1 genannten Antragsberechtigten solche Leistungen in die Richtlinie zu dem Katalog nach Absatz 1 Satz 2 aufnehmen, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind sowie solche ambulant erbringbaren Methoden, die gemäß § 137c SGB V Bestandteil der stationären Versorgung sind und die die Kriterien nach Absatz 1 Satz 1 erfüllen.

Seltene Erkrankungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines der Antragsberechtigten aufzunehmen, wenn sie einer spezialisierten Diagnostik oder Behandlung bedürfen. Der Aspekt der Spezialisierung spielt bei seltenen Erkrankungen (von denen auch insbesondere Kinder und Jugendliche betroffen sind) eine besondere Rolle. Insbesondere bei Patienten mit seltenen Erkrankungen dauert es heute noch viel zu lange (manchmal bis zu einigen Jahren) ehe ihre Krankheit diagnostiziert wird und damit adäquat behandelt werden kann. Dieser Bedarf nach einer besonderen Expertise begründet deshalb hier bereits die Aufnahme in den Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

Auch im Rahmen der Ergänzungen nach diesem Absatz sind die Konkretisierungsanforderungen des Absatzes 3 zu beachten.

Zu Absatz 5

Nach Satz 1 obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auch, in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 die ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 zu benennen, zu konkretisieren und die spezifischen inhaltlichen Anforderungen an deren Durchführung im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung festzulegen, erstmals bis zum 31. Dezember 2012. Hierbei sind die Kriterien und Anforderungen, die für die nähere Konkretisierung und Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen gelten, entsprechend anzuwenden. Nach Satz 2 hat der Gemeinsame Bundesausschuss zudem danach weitere ambulant durchführbare Operationen und stationsersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einzubeziehen, sofern diese den Kriterien der spezialärztlichen Versorgung gemäß Absatz 1 Satz 1 entsprechen. Auch bei den Konkretisierungen und Erweiterungen nach diesem Absatz sind die Konkretisierungsanforderungen nach Absatz 3 zu beachten.

Zu Absatz 6

Mit den Regelungen wird gewährleistet, dass die Finanzierung der Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für alle Leistungserbringer einheitlich erfolgt.

In Satz 1 wird vorgesehen, dass alle Leistungserbringer in diesem Leistungsbereich unmittelbar mit der jeweils zuständigen Krankenkasse abrechnen. Damit rechnen auch die bisher an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die bisherigen vertragsärztlichen Leistungen, die mit dieser Vorschrift in den Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung fallen, nicht mehr mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Eine Finanzierung dieser Leistungen zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgt somit nicht mehr. Dies gilt nicht für Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden.

Nach Satz 2 erhält die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene in einer dreiseitigen Konstellation, die analog der Vereinbarung zum Ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b Absatz 1 aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengesetzt ist, den Auftrag, eigenständige, nach Diagnosen differenzierte Gebührenpositionen und ein diesbezügliches Kalkulationssystem für die ambulante spezialärztliche Versorgung zu entwickeln. Für eine dauerhafte Vergütung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind die aktuellen Gebührenpositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) zu prozedurenlastig, zu wenig diagnosebezogen und zu arztgruppenspezifisch. Darüber hinaus bildet der EBM die Sachkosten sowie die teamorientierte Fallbehandlung, wie sie für die ambulante spezialärztliche Versorgung (einschließlich nichtärztlicher Leistungsanteile) typisch ist, nicht ab. Die Vergütung der Leistungen der spezialärztlichen Versorgung sollte so ausgestaltet sein, dass das ambulante Potential möglichst weitgehend ausgeschöpft werden kann. Für die Kalkulation entsprechender Gebührenpositionen haben die Vertragspartner jeweils einen Kalkulationszeitraum nach Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu vereinbaren.

In Satz 3 wird bestimmt, dass die Kalkulation auf betriebswirtschaftlich-empirischer Grundlage (ambulante Ist-Kostendaten und ambulante Ist-Leistungsdaten) ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab unter weiterer Berücksichtigung der zuzurechnenden ambulanten Sachkosten sowie der ambulanten nicht-ärztlichen Leistungen (im Sinne einer Vollkostenkalkulation) gemäß den sachlichen und personellen Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt. Zudem sind bei der Kalkulation die Investitionsbedingungen der Leistungserbringer sachgerecht zu berücksichtigen. Es wird davon ausgegangen, dass die Festlegung der Einzelheiten einschließlich der hierfür erforderlichen Datengrundlagen Gegenstand der Vereinbarung nach Satz 2 über das Kalkulationssystem der ambulan-

ten spezialärztlichen Versorgung ist. Die Bereitstellung eines Teils der erforderlichen Daten kann unmittelbar durch die Leistungserbringer selbst bzw. ihre Körperschaften (wie z. B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung) erfolgen. So erhebt z. B. das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung regelmäßig Kostendaten von einzelnen Arztpraxen. Zudem führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelmäßig Abrechnungs- und Leistungsdaten, einschließlich der Diagnosen der behandelten Patienten, von allen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnenden Leistungserbringern zusammen und wertet diese für Zwecke der Vergütungsverhandlungen aus. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Erfahrungen im Umgang mit der Kalkulation von quartalsbezogenen Grund- und Zusatzpauschalen auf der Grundlage des sogenannten Standardbewertungssystems für die Leistungsbewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, welches als Vollkostenkalkulationsmodell nach betriebswirtschaftlichen Prinzipien ausgestaltet ist. Die Festlegung eines Kalkulationssystems einschließlich betriebswirtschaftlich fundierter Bewertungsrelationen der einzelnen Gebührenpositionen des spezialärztlichen Versorgungssektors zueinander soll die Angemessenheit und Stimmigkeit der Kalkulationsergebnisse insgesamt gewährleisten.

Die Regelungen in Satz 4 tragen dem Umstand Rechnung, dass speziell bei seltenen Erkrankungen die Phase der Diagnostik anders bewertet werden sollte, als die Phase der Behandlung, weil hier die Absicherung einer bestehenden behandlungsbedürftigen seltenen Erkrankung oftmals eine längere Zeit und vielfältige Untersuchungen voraussetzen. und die bei der Gebührengestaltung berücksichtigt werden sollen.

Die Regelungen in Satz 5 ermöglichen der gemeinsamen Selbstverwaltung auch die Kalkulationsarbeiten professionell durch einen unabhängigen Dritten, z. B. das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) oder das Institut des Bewertungsausschusses, vorbereiten zu lassen und anschließend von der Selbstverwaltung zu vereinbaren. Bei diesem Vorgehen wird die gemeinsame Selbstverwaltung auf die Einhaltung der von ihr gesetzten Fristen achten.

Satz 6 verpflichtet die gemeinsame Selbstverwaltung – analog der Regelungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Absatz 2 Satz 2 –, die Gebührenpositionen regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls an zwischenzeitlich geänderte Rahmenbedingungen anzupassen.

In Satz 7 wird für die zu vereinbarende Vergütungssystematik eine Konfliktregelung vorgesehen, für die ein eigenständiges Schiedsverfahren auf Antrag im Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 vorgesehen wird. In diesem Verfahren stehen sich die Vertreter der Kassenseite einerseits und der Leistungserbringerseite (Ärzte, Krankenhäuser) andererseits gleichberechtigt und damit auch mit identischer Stimmenzahl gegenüber. Die Entscheidung wird mit der einfachen Mehrheit der Stimmen des so erweiterten Bundesschiedsamts getroffen. Vorgesehen ist ferner, dass dessen Entscheidungen von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt oder auch jederzeit durch einen Vertrag ersetzt werden können.

Nach Satz 8 wird in der Phase der Entwicklung einer eigenständigen Vergütungssystematik – wie bisher bereits beim Ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b Absatz 4 sowie bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach dem bisherigen § 116b praktiziert – die Vergütung über den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) auf der Grundlage der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung angewendet. Bei dieser Übergangsregelung zur Vergütung der ambulanten spezialärztlichen Leistungen werden die spezifischen Investitionsbedingungen insoweit ebenso berücksichtigt, indem eine Kürzung der Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag in Höhe von 5 Prozent vorgesehen wird. Zwar dient die Krankenhausinvestitionsförderung der Länder ausschließlich der Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung und dementsprechend dürfen die Fördermittel der Länder auch nur für Investitionen im stationären Krankenhausbereich verwendet werden. Eine gezielte Investitionsförderung der Förderung für die ambulante spezialärztliche Tätigkeit von Krankenhäusern ist danach ausgeschlossen. Allerdings kann es in tatsächlicher Hinsicht nicht unberücksichtigt bleiben, dass die vorhandene, mit öffentlichen Mitteln geförderte stationäre Infrastruktur von Krankenhäusern einen Wettbewerbsvorteil von Krankenhäusern gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer begründen kann. Deshalb wird zur Wahrung gleicher Wettbewerbschancen von öffentlich geförderten Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern ein pauschaler Investitionskostenabschlag verankert. Eine entsprechende Regelung existiert bereits in Bezug auf die Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen (vgl. § 120 Absatz 2 Satz 5). Die gegenüber § 120 Absatz 2 Satz 5 abgesenkte Höhe des pauschalen Abschlags trägt auch dem – gegenüber der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser – abweichenden Investitionskostenfinanzierungssystem der Hochschulkliniken durch die Länder Rechnung.

Die Regelung in Satz 9 trägt dem Umstand Rechnung, dass der geltende EBM nicht für alle ambulanten spezialärztlichen Leistungen adäquate Gebührenpositionen vorsieht, und es insoweit erforderlich ist, den EBM durch Beschlüsse des für diese Fälle ergänzten Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses entsprechend zu ergänzen, z. B. durch einen Zuschlag. Das Beschlussverfahren ist in § 87 Absatz 5a neu geregelt. Bei der Ergänzung des EBM soll die Bewertung analoger Leistungs- und Kostenbereiche durch die für die jeweilige Indikation (ICD-10-GM) und Leistung zutreffende G-DRG-Pauschale berücksichtigt werden.

Die Regelung in Satz 10 entspricht weitgehend dem bisherigen Recht bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus sowie dem Ambulanten Operieren im Krankenhaus ergänzt um die Möglichkeit der Krankenkassen diese Aufgaben in einer Arbeitsgemeinschaft in Analogie zur Regelung in § 303 Absatz 2 zu erledigen, da die damit verbundenen komplexen Sachverhalte ggf. eine gemeinschaftliche Ressourcenbündelung erfordern.

Die Regelung in Satz 11 sieht vor, dass die Datenübermittlung bei der Abrechnung dem Verfahren nach dem bisherigen Recht folgt, das für die ambulanten Leistungserbringer gilt, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen unmittelbar abrechnen. Eine entsprechende Regelung sieht das bisherige Recht z. B. für Hochschulambulanzen vor (vgl. § 120 Absatz 3 Satz 3).

Die Regelungen in Satz 12 sehen in Analogie von Vorgaben des bisherigen Rechts (vgl. § 120 Absatz 3 Satz 4) Vertragslösungen zur Datenübermittlung für Abrechnungszwecke ergänzt um die Konfliktlösung des Satzes 7 vor.

Die Regelung in Satz 13 sieht in Analogie zur in § 120 Absatz 2 Satz 6 vorgesehenen Bereinigungsvorgabe zur Vermeidung einer möglichen Doppelfinanzierung die Verpflichtung der zuständigen Gesamtvertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vor, den für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen relevanten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf um die Leistungsanteile zu bereinigen, die nach den Vorgaben dieser Vorschrift nicht mehr von den Vertragsärzten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sondern unmittelbar mit den Krankenkassen.

Zu Absatz 7

Die Verordnung von Leistungen in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung erfolgt zu Lasten der Krankenkassen. Diese erhalten die Möglichkeit, die medizinische Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnungen zu prüfen. Die bisher geltende Vorschrift des § 116b Absatz 6 zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen bei ambulanter Krankenhausbehandlung wird daher übernommen für die Neuregelung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstelle nach § 106 Absatz 4 SGB V und den für sie geltenden Bestimmungen erfolgt. Somit kann die Prüfung durch etablierte Einrichtungen erfolgen. Die Bildung neuer Verwaltungseinrichtungen ist nicht erforderlich. Die einzelne Krankenkasse kann mit Leistungserbringern in der spezialärztlichen Versorgung hiervon abweichende Regelungen vereinbaren. Die Kosten des Verfahrens trägt die Krankenkasse, da es sich nicht um Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung handelt.

Zu Absatz 8

Die Regelung sichert im Hinblick auf die für die weitere Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung erforderliche Zeit die Fortführung der bisherigen Versorgung nach § 116b über das Inkrafttreten der Neuregelung hinaus. Es soll damit vermieden werden, dass Versorgungslücken entstehen. Deshalb sollen die von den Ländern noch nach altem Recht vorgenommenen Bestimmungen von Krankenhäusern als zur ambulanten Behandlung von seltenen Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bzw. zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen berechtigt – bei Fortbestehen der Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurden – auch über das Inkrafttreten der Neuregelung hinaus weiter gelten, bis sie im Zuge der Umsetzung des neuen Rechts aufgehoben werden können. Zeitlicher Anknüpfungspunkt ist insoweit das Inkrafttreten entsprechender Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 3 Satz 1 zur Konkretisierung der Erkrankungen und Leistungen und näheren Ausgestaltung des Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Auch danach bedarf es noch einer weiteren Übergangsfrist von jeweils einem Jahr, um Krankenhäusern, die in Bezug auf bestimmte Erkrankungen oder Leistungen sowohl die Voraussetzungen für die ambulante Behandlung nach § 116b Absatz 2 a. F. als auch die Voraussetzungen für die ambulante spezialärztliche Versorgung erfüllen, bei der Fortführung der Versorgung einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen. Solange sich im Einzelfall die Fortführung der Versorgung noch auf altes Recht gründet, soll auch die Vergütung der von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen noch nach altem Recht (§ 116b Absatz 5 a. F.) erfolgen.

Zu Nummer 45 (§ 127)

Die vorgesehenen Rahmenempfehlungen dienen dem Bürokratieabbau. Sie betreffen die Modalitäten der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln und sollen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung insbesondere der administrativen Verfahren, einschließlich der erforderlichen Unterlagen, Formulare, Erklärungen und Bestätigungen, und zur Vermeidung unvertretbarer Verzögerungen beitragen. Zukünftig können in den Empfehlungen (statt in den allein vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 festzulegenden Richtlinien) auch Regelungen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens und die Voraussetzungen und das Verfahren der Teilnahme an einer Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübertragung getroffen werden. Dies betrifft zum Beispiel die Frage, ob in bestimmten Fällen neben der EDV-Abrechnung weitere Unterlagen zu übermitteln sind. Ein sinnvoller Leistungs- und Preiswettbewerb soll hierdurch im Übrigen nicht verhindert werden. Damit das damit angestrebte Ziel erreicht wird, müssen die Rahmenempfehlungen für die Versorgungsverträge nach den Absätzen 1, 2 und 3 maßgeblich sein.

Zu Nummer 46 (§ 128)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung soll verhindert werden, dass Vertragsärztinnen und -ärzte das Zuwendungsverbot durch Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich umgehen. Unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs wird klargestellt, dass auch Einkünfte aus solchen Beteiligungen unzulässige Zuwendungen sind, wenn deren Höhe durch das Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten von den Vertragsärztinnen und -ärzten selbst maßgeblich beeinflusst werden kann.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung korrespondiert mit dem neuen Absatz 5a und soll sicherstellen, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen von Hinweisen auf Fehlverhalten ihrer Mitglieder Kenntnis erhalten und geeignete Maßnahmen zur Abstellung etwaiger Verstöße gegen die vertragsärztlichen Pflichten treffen können.

Zu Buchstabe c

Es wird ausdrücklich klargestellt, dass die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellt. Gleiches gilt für die Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, diese zum Verzicht auf die ihnen zustehende Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung

zu bewegen, die dann nicht den Beschränkungen des § 128 unterliegt. (Absatz 5a neu)

Die Ausdehnung des Zuwendungsverbotes und der damit im Zusammenhang stehenden Regelungen auf die Heilmittelversorgung ist geboten, weil auch dort entsprechende Fehlentwicklungen beklagt werden. (Absatz 5b neu).

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zur Neufassung des § 116b.

Zu Nummer 47 (§ 130a)

Bei der Anpassung der Verweisung handelt es sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 137g Absatz 1.

Zu Nummer 48 (§ 130b)

Mit der gesetzlichen Regelung zur Vertraulichkeit unterliegen die Verhandlungen sowie deren Vorbereitung und die daraus jeweils entstehenden Informationen einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften einer besonderen Vertraulichkeitspflicht im Sinne des § 3 Nummer 4 IFG. Dadurch wird sichergestellt, dass zwar das Ergebnis der Verhandlungen öffentlich ist, die Verhandlungen über den Erstattungsbetrag, die Entscheidungen der Schiedsstelle und die Verhandlungen über die Rahmenvereinbarung selbst jedoch einer umfassenden Vertraulichkeit unterliegen. Dies gilt sowohl während der Verhandlungsphase als auch zu späteren Zeitpunkten und ist für die erfolgreiche Umsetzung des durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz neu eingeführten Verhandlungsverfahrens entscheidend. Denn die Vertragspartner müssen sich darauf verlassen können, dass die Verhandlungen im geschützten Raum stattfinden. Während der Verhandlungen müssen verschiedene Positionen und Tatsachen vorgebracht werden, die z. B. auch Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse umfassen können. Es muss daher sichergestellt sein, dass diese vertraulich bleiben. Die Vertraulichkeit muss durch das Gesetz bestimmt werden und kann nicht in der Dispositionsbefugnis der Parteien liegen. Ansonsten würde die Gefahr bestehen, dass ein Vertragspartner die Vereinbarung einer umfassenden Vertraulichkeitsklausel verhindern könnte.

Zu Nummer 49 (§ 133)

Die Regelung soll insbesondere zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der administrativen Verfahren bei der Versorgung mit Krankentransportleistungen und zur Vermeidung von Schwierigkeiten bei der Abrechnung beitragen. Landes- und kommunalrechtliche Bestimmungen über Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte bleiben unberührt.

Zu Nummer 50 (§ 134a)

Nach geltendem Recht haben die Vertragspartner in den Verträgen zur Hebammenhilfe bei den zu vereinbarenden Vergütungen neben der Beitragssatzstabilität § 71 auch die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Hebammen zu berücksichtigen. Mit dem angefügten Satz wird ausdrücklich klargestellt, dass dabei auch die die Berufsausübung betreffende Kostensteigerungen (z. B. Beitragserhöhungen zu den von den Hebammen abzuschließenden Berufshaftpflichtversicherungen) zu beachten sind. Von den Vertragsparteien hat danach eine nachvollziehbare Abwägung zwischen den wirtschaftlichen Interessen der freiberuflichen Hebammen und den Interessen der Versichertengemeinschaft zu erfolgen. Trotz vorgeschriebener Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität können dabei höhere Vergütungen vereinbart werden, wenn dies erforderlich ist, um den Hebammen eine angemessene Vergütung zu gewähren.

Zu Nummer 51 (§ 136)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung von § 87b und c (Buchstaben a) sowie zur Änderung von § 87 Absatz 2g (Buchstabe b).

Zu Nummer 52 (§ 137)

Die Notwendigkeit der Anpassung der Verweisung ergibt sich als redaktionelle Folgeänderung aus der Neufassung des § 116b.

Zu Nummer 53 (§ 137a)

Die Notwendigkeit der Anpassung der Verweisung ergibt sich als redaktionelle Folgeänderung aus der Neufassung des § 116b.

Zu Nummer 54 (§ 137c)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Vergangenheit nach erfolgter sektorenübergreifender Nutzenbewertung zunehmend gleichgeartete Beschlüsse für den ambulanten und stationären Bereich gefasst. Während negative Entscheidungen wegen des geltenden Verbots mit Erlaubnisvorbehalt in § 135 SGB V auf den status quo in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich keine Auswirkungen haben, bedeutet eine entsprechende Ausschlussentscheidung für den stationären Bereich, dass eine Methode, die zuvor wegen der nach § 137c SGB V geltenden Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt im Krankenhaus zur Verfügung gestanden hat, nun grundsätzlich nicht mehr allgemein zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zutreffend eine sektorenübergreifende Nutzenbewertung als Ausgangspunkt haben, berücksichtigen auf Grundlage des geltenden Rechts nicht hinreichend den besonderen Bedarf nach – bisher noch nicht auf hohem Niveau belegten – Behandlungsalternativen in der Versorgung von stationär behandlungsbedürftigen und daher typischerweise schwerer erkrankten Versicherten.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Ergänzung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung in Satz 2 bewirkt, dass der unmittelbare Ausschluss einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode aus der Krankenhausversorgung grundsätzlich nur dann erfolgen kann, wenn nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Nutzen nicht hinreichend belegt ist und darüber hinaus die überprüfte Methode kein Potential als erforderliche Behandlungsmethode in der stationären

Versorgung bietet. Ein Potential für eine Erforderlichkeit kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Das notwendige Potential als Behandlungsalternative fehlt insbesondere dann, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der vorliegenden Evidenz positiv feststellt, dass die Methode unwirksam oder gar schädlich ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Ist der Nutzen der überprüften Methode für eine positive Anerkennung nicht hinreichend belegt, weist sie aber das Potential als erforderliche Behandlungsalternative auf, so hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e zu beschließen. Das dem Gemeinsamen Bundesausschuss in § 137e Absatz 1 grundsätzlich eingeräumte Ermessen, ob er eine Richtlinie zur Erprobung beschließt, besteht hier nach Satz 3 insoweit nicht, damit die notwendigen Erkenntnisse gewonnen werden. Eine Ausnahme von dieser Verpflichtung gilt jedoch dann, wenn im Falle einer Methode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, die nach § 137e Absatz 6 erforderliche Vereinbarung zur Kostenübernahme von wirtschaftlich an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen interessierten Medizinprodukteherstellern oder sonstigen Unternehmen nicht zustande kommt.

Satz 4 sieht vor, dass das Beratungsverfahren auf Grundlage der Erkenntnisse einer durchgeführten Erprobung nach § 137e fortgesetzt wird und ein Ausschluss erfolgen kann, wenn die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht. Dies bedeutet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Methode – entsprechend der bisherigen Praxis und Rechtsprechung zu § 137c Absatz 1 Satz 1 – aus der Krankenhausversorgung ausschließen kann, wenn ihr Nutzen – unter Berücksichtigung der sektorspezifischen Notwendigkeit im Versorgungskontext – auch nach der Erprobung nicht hinreichend belegt ist. Für den Fall, dass eine Erprobung daran scheitert, dass eine angemessene Kostenübernahme von wirtschaftlich an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen interessierten Medizinprodukteherstellern oder sonstigen Unternehmen nicht zustande kommt, sieht Satz 5 vor, dass die Methode ebenfalls nach diesem Maßstab ausgeschlossen werden kann, also wenn ihr Nutzen nicht hinreichend belegt ist.

Zu Buchstabe b

Die Änderung in Absatz 2 Satz 2 folgt der Differenzierung in Absatz 1. Eine weitere Anwendung einer nach Absatz 1 Satz 2 ausgeschlossenen Methode, die nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses kein Potential als erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, kann zu Lasten der Krankenkassen auch im Rahmen von Studien nicht erfolgen. Das bloße Fehlen eines hinreichenden Nutzenbelegs und ein entsprechender Ausschluss nach Absatz 1 Satz 4 steht einer weiteren verantwortungsvollen Anwendung der Methode zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen von Studien demgegenüber nicht entgegen.

Zu Nummer 55 (§ 137d)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die neue Vorschrift des § 111c.

Zu Nummer 56 (§ 137e)

Für die Einführung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die gesetzliche Krankenversicherung gibt es unterschiedliche Wege: Für die ambulante Versorgung gilt das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (Aufnahme erst nach positiver Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses), während im Krankenhausbereich neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeführt und finanziert werden können, ohne dass vorher eine Anerkennung der Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erforderlich ist. Dies bleibt auch zukünftig so. Die Finanzierung erfolgt hier über Vereinbarungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern, wenn die Methode im DRG-System nach Feststellung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nicht abgebildet ist. Dies gilt aber nur solange eine Methode nicht auf Antrag eines Antragsberechtigten, wie z. B. des GKV-Spitzenverbandes, vom Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft und ausgeschlossen wird. Dies konnte bisher dazu führen, dass innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Deutschland nicht mehr in der GKV-Versorgung zur Verfügung stehen. Denn der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei noch unzureichendem Nutzenbeleg nach bisheriger Rechtslage zwar die Möglichkeit des Ausschlusses, aber keine wirksame Möglichkeit auf eine Beseitigung der unzureichenden Evidenzlage hinzuwirken. Für den Gemeinsamen Bundesausschuss wird daher die Möglichkeit geschaffen, künftig innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potential zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens zu erproben. Damit erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Bewertung von Methoden, deren Nutzen (noch) nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Es wird erwartet, dass dieses Instrument auch zu einer wesentlichen Verkürzung der Beratungsverfahren im Bereich der Methodenbewertung führen wird, da es den Beteiligten im Gemeinsamen Bundesausschuss die Entscheidung im Falle eines noch nicht hinreichend belegten Nutzens erleichtert.

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Wenn nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen eines Bewertungsverfahrens nach § 135 oder § 137c SGB V der Nutzen einer Behandlungsmethode mit Potential für eine allgemeine Anerkennungsentscheidung noch nicht hinreichend belegt ist, kann er sein Beratungsverfahren aussetzen und eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse zu gewinnen. Ein Potential für die Erforderlichkeit einer Behandlungsmethode kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass

andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann.

Das Nähere zum Verfahren hinsichtlich dieses neuen Instruments des Gemeinsamen Bundesausschusses wird in der Verfahrensordnung geregelt. Von dieser Regelung bleibt die bereits bisher in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehene Möglichkeit einer Aussetzung von Bewertungsverfahren unberührt, wenn zu erwarten ist, dass auch ohne eine Richtlinie zur Erprobung in naher Zukunft aussagekräftige Studien vorgelegt werden können.

Zu Satz 2

Die Erprobung findet im Rahmen der Krankenbehandlung der Versicherten nach § 27 SGB V oder der Früherkennung nach §§ 25, 26 SGB V statt. Die Richtlinie des G-BA ist auf den Zeitraum zu befristen, der angemessen ist, um den notwendigen Erkenntnisgewinn zu erlangen. Insbesondere wenn sich nicht genug Leistungserbringer finden, welche an der Erprobung teilnehmen wollen oder die vorgesehene Erprobung aufgrund der Ablehnung von erforderlichen Genehmigungen nicht durchgeführt werden kann oder aufgrund erster Ergebnisse eine Fortführung der Erprobung nicht befürwortet werden kann, kann der Gemeinsame Bundesausschuss auch schon vor Ablauf der festgelegten Frist seinen Beschluss nach Absatz 1 ändern.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Richtlinie fest, für welche Indikationen die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und daher erprobt werden soll und regelt die jeweils erforderlichen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, um sicherzustellen, dass die Erprobung unter qualifizierten Bedingungen von fachlich geeigneten Ärzten und Einrichtungen durchgeführt wird.

Zu Satz 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt zudem Anforderungen an die Durchführung, wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung, die sich sowohl an die nach Absatz 5 zu beauftragende, wissenschaftliche Institution als auch die an der Erprobung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen richten. Er kann insbesondere Eckpunkte für die Studiendurchführung (u. a. zu Patientenpopulation, Vergleichstherapie, Endpunkten, Beobachtungszeitraum) festlegen. Hierbei hat er insbesondere sicherzustellen, dass sich die methodischen Anforderungen an die Studiendurchführung unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität als hinreichend praktikabel erweisen.

Zu Satz 3

Die Regelung stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss durch eine Richtlinie nach § 137 SGB V auch Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung für Krankenhäuser beschließen kann, die nicht an der Erprobung teilnehmen. Hierfür bedarf es keines separaten Beratungsverfahrens im Unterausschuss Qualitätssicherung, sondern der Gemeinsame Bundesausschuss kann ebenso wie bisher bei Aussetzungsbeschlüssen nach dem 2. Kapitel, § 14 Absatz 4 seiner Verfahrensordnung die notwendigen Anforderungen der Qualitätssicherung im Unterausschuss Methodenbewertung beraten (unter Beachtung der besonderen Beteiligungsrechte nach § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Zu Absatz 3

Teilnehmen an der Erprobung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen sowie zugelassene Krankenhäuser, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Anforderungen erfüllen, dies gegenüber der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 nachweisen und ihre Teilnahme erklären. Sie erhalten eine entsprechende Bestätigung über ihre Teilnahme. Erklären mehr geeignete Vertragsärzte und Krankenhäuser ihre Teilnahme an der Erprobung als für die Untersuchung des Nutzens der zu überprüfenden Methode nach dem Studienprotokoll und der Fallzahlplanung erforderlich ist, nimmt die wissenschaftliche unabhängige Institution eine Auswahl vor.

Nicht an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser können die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Übrigen grundsätzlich weiterhin in der stationären Versorgung anwenden, da sie nicht nach § 137c SGB V ausgeschlossen ist. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss bleibt es gemäß Absatz 2 Satz 3 unbenommen die von ihm nach Absatz 2 Satz 1 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung innerhalb der Erprobung, durch eine Richtlinie nach § 137 SGB V auch auf die Leistungserbringung außerhalb der Erprobung zu übertragen, soweit diese Anforderungen nicht gerade aus der besonderen Behandlungssituation der Erprobung resultieren. Vertragsärzte, die nicht an der Erprobung teilnehmen, können die Methode wegen (noch) fehlenden, positiven Beschlusses des G-BA nach dem Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 SGB V nicht anwenden.

Zu Absatz 4

Zu Satz 1

Die Abrechung der für die Behandlung der Versicherten erbrachten Leistungen erfolgt unmittelbar mit der Krankenkasse, bei der der behandelte Patient oder die behandelte Patientin versichert ist. Soweit die erprobte Methode maßgeblich auf der Anwendung eines Hilfsmittels beruht, werden auch die Kosten des verordneten Hilfsmittels von den Kassen getragen.

Zu den Sätzen 2 und 3

Die Vergütung für die von den teilnehmenden Krankenhäusern erbrachten voll- und teilstationären Leistungen erfolgt nach den allgemeinen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts. Soweit es sich um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Sinne von § 6 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz handelt, erfolgt die Vergütung über die Vereinbarung von sog. NUB-Entgelten. Sofern die an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäuser noch nicht

entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen haben und es nicht innerhalb von 3 Monaten nach Beauftragung der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 zu einer Vereinbarung mit den Krankenkassen kommt, die sich auf den gesamten Erprobungszeitraum bezieht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 Krankenhausentgeltgesetz über die Vergütung. Die Krankenhäuser, deren Teilnahme an der Erprobung von der wissenschaftlichen Institution bestätigt ist, haben einen Anspruch darauf, dass die NUB-Vereinbarungen entsprechend kurzfristig zustande kommen, damit die Erprobung zeitnah starten kann.

Zu Satz 4 ff.

Bei Methoden, die nicht nur stationär, sondern auch ambulant erbringbar sind, vereinbaren die Vertragspartner der dreiseitigen Verträge auf Landesebene die Höhe der Vergütung für die ambulante Behandlung. Diese Zuständigkeitserweiterung der dreiseitigen Vertragspartner für die Vergütungsverhandlungen folgt daraus, dass die an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäuser die Behandlung im Rahmen der Erprobung auch ambulant erbringen und abrechnen dürfen. Es handelt sich bei der Erprobung innovativer, ambulant erbringbarer Methoden um einen Bereich ärztlicher Leistungen, zu dem entsprechend qualifizierte Vertragsärzte und Krankenhäuser als ambulante Leistungserbringer in gleicher Weise Zugang erhalten. Kommt eine Vergütungsvereinbarung nicht innerhalb von 3 Monaten nach Beauftragung der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die erweiterte Landesschiedsstelle festgelegt, welche innerhalb von 6 Wochen zu entscheiden hat.

Zu Absatz 5

Zu Satz 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt eine unabhängige, wissenschaftliche Institution mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung. Er kann sich bei der Ausschreibung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung eines externen Dienstleisters bedienen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss trägt die durch die Beauftragung entstehenden Kosten, so dass die Finanzierung der Overhead-Kosten der Erprobung wie z. B. Projektmanagement, Datenmanagement oder Monitoring über den Systemzuschlag nach § 139c SGB V erfolgt, soweit nicht ein Fall nach Absatz 6 vorliegt und die Kosten durch Hersteller von Medizinprodukten oder -geräten übernommen werden.

Zu den Sätzen 2 bis 4

Die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, den im Rahmen der Erprobung erforderlichen Mehraufwand zu leisten, also insbesondere die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte unabhängige, wissenschaftliche Institution zu übermitteln. Sofern für die Erprobung personenbezogene Daten der Versicherten benötigt werden, ist zuvor deren Einwilligung einzuholen. Für den zusätzlichen Aufwand im Zusammenhang mit der Durchführung der Erprobung erhalten die teilnehmenden Leistungserbringer von der beauftragten Institution eine angemessene Aufwandsentschädigung.

Zu Absatz 6

Bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist es erforderlich, dass sich Unternehmen, die als Hersteller dieser Medizinprodukte oder als sonstige Anbieter der Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, an den Overhead-Kosten der Erprobung nach Absatz 5 angemessen beteiligen. Eine Richtlinie zur Erprobung darf der Gemeinsame Bundesausschuss daher nur dann beschließen, wenn sich entsprechende Hersteller oder Unternehmen zuvor zur Übernahme der Kosten in angemessenem Umfang bereit erklärt haben. Die Unternehmen sollen daher im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens grundsätzlich an der Konzeption des Studiendesigns beteiligt werden. Ist den beteiligten Unternehmen eine volle Kostenübernahme nicht zumutbar, orientiert sich die Angemessenheit der Kostenbeteiligung insbesondere an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Unternehmen. Die Bereitschaft zur Kostenübernahme kann von den jeweiligen Unternehmen bereits im Stellungnahmeverfahren nach § 92 Absatz 7d (neu) gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss erklärt werden. Die zur Kostenübernahme bereiten Hersteller oder sonstigen Unternehmen vereinbaren mit der unabhängigen wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 das Nähere zur Übernahme der Kosten.

Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt neben dem in Absatz 1 vorgesehenen Fall, wonach eine Erprobung vom G-BA im Rahmen eines von antragsberechtigter Stelle nach § 135 oder § 137c initiierten Methodenbewertungsverfahrens beschlossen werden kann, die weitere Möglichkeit, eine Erprobung auch außerhalb eines Beratungsverfahrens nach § 135 oder § 137c zu beschließen.

Zu Satz 1

Hersteller von Medizinprodukten, auf deren Einsatz die Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Sinne von § 135 maßgeblich beruht, sowie Unternehmen, die als sonstige Anbieter einer neuen Methode im Sinne von § 135 ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, erhalten das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Entscheidung über eine Richtlinie zur Erprobung nach Absatz 1 zu beantragen.

Zu Satz 2

Da der Antrag auch außerhalb eines regulären Beratungsverfahrens im Sinne von § 135 oder § 137c gestellt werden kann, obliegt es dem Antragsteller dem Gemeinsamen Bundesausschuss die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, aus denen sich ergibt, dass der Nutzen der Methode zwar noch nicht belegt ist, sie aber hinreichendes Potential für eine Erprobung bietet.

Zu Satz 3

Der Gemeinsame Bundesausschuss muss innerhalb von 3 Monaten nach pflichtgemäßem Ermessen über den Antrag entscheiden. Ein Anspruch des Antragstellers auf eine Erprobung nach Satz 1 besteht nicht. Will der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines Unternehmens eine Richtlinie zur Erprobung nach Absatz 1 beschließen, setzt dieser Beschluss eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 voraus.

Zu Satz 4

Im Anschluss an eine nach Absatz 7 beantragte und vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Erprobung, trifft der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse eine Entscheidung im Bewertungsverfahren nach § 135. Für die Durchführung und den Abschluss des Bewertungsverfahrens nach § 135 bedarf es in diesem Fall keines Antrags eines Antragsberechtigten nach § 135 Absatz 1 Satz 1.

Den Antragsberechtigten nach § 137c Absatz 1 Satz 1 bleibt im Übrigen unbenommen auch eine Entscheidung in einem entsprechenden Bewertungsverfahren zu veranlassen.

Zu Absatz 8

Zu Satz 1

Hersteller von Medizinprodukten, auf deren Einsatz die Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Sinne von § 135 maßgeblich beruht, sowie Unternehmen, die als sonstige Anbieter einer neuen Methode im Sinne von § 135 ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, erhalten zukünftig die Möglichkeit einer Beratung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Diese beinhaltet insbesondere Erläuterungen zu den Voraussetzungen der Erbringung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu Lasten der GKV und zu den verfahrenstechnischen und methodischen Anforderungen an die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter Berücksichtigung der betroffenen Patientenpopulation, der zweckmäßigen (angemessenen) Vergleichstherapie sowie der patientenrelevanten Endpunkte. Auch die Abgrenzung der Einführung von neuen Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung, die keine neue Methode darstellen, sondern ohne ein vorheriges Verfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss unmittelbar durch den Bewertungsausschuss eingeführt werden können, kann Gegenstand der Beratung sein.

Zu Satz 2

Die Kosten der Beratung hat das Unternehmen zu tragen, da es nicht sachgerecht wäre, mit diesen Kosten die Selbstverwaltung zu belasten. Die Kosten orientieren sich am tatsächlichen Personal- und Sachaufwand des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zur Beratung in seiner Verfahrensordnung.

Zu Nummer 57 (§ 137f)

Strukturierte Behandlungsprogramme zur besseren Versorgung von chronisch Kranken mit Vorgaben zum Krankheitsmanagement (Abstimmung zwischen Haus-, Fachärzten und Krankenhäusern, Rehabilitation und anderen Leistungserbringern), zur evidenzbasierten Behandlung auf der Grundlage von Leitlinien und der besten verfügbaren Evidenz, zur Patientenorientierung, zur Qualitätssicherung und zur Evaluation haben sich bewährt. Nach bisheriger Rechtslage hat der Gemeinsame Bundesausschuss aufgrund der gesetzlichen Vorgaben die medizinischinhaltlichen Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme erarbeitet und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Festlegung in einer Rechtsverordnung empfohlen. Das Bundesversicherungsamt erteilt den Programmen der jeweiligen Krankenkassen die Zulassung, wenn sie diese Anforderungen erfüllen.

Um die Beteiligten zu entlasten, ist der administrative Regelungsaufwand für die Zulassung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach dem inzwischen vorgenommenen Abbau der finanziellen Anreizwirkung über den RSA zurückzuführen. Dies wird im Wesentlichen durch folgende Maßnahmen erreicht:

Basierend auf den gesetzlichen Grundlagen zu den Anforderungen für die strukturierten Behandlungsprogramme wird die Regelungskompetenz für die Inhalte und die konkrete Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Das bisher erforderliche, auf Grundlage der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses durchzuführende Rechtsverordnungsverfahren entfällt damit zukünftig. Die unmittelbare Regelung, insbesondere der medizinischen Vorgaben, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vereinfacht und flexibilisiert das Verfahren und beschleunigt die Umsetzung der Inhalte in der Versorgungspraxis. Lediglich administrative Vorgaben, die dem Verfahren der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Programmkosten (gemäß § 38 RSAV) dienen, sind weiterhin in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln.

Zudem entfällt zukünftig die Notwendigkeit einer Wiederzulassung der Programme durch das Bundesversicherungsamt. Dies entlastet Krankenkassen und Bundesversicherungsamt von erheblichem Verwaltungsaufwand, der aufgrund der Etablierung der strukturierten Behandlungsprogramme in der Versorgung nicht mehr als erforderlich angesehen wird. Damit können auch wesentliche Vereinfachungen der Evaluation auf den Weg gebracht werden, deren Inhalte und Ziele zukünftig ebenfalls vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Richtlinien geregelt werden. In Zukunft soll die Evaluation nicht mehr als Grundlage für eine verpflichtende Wiederzulassungsprüfung nach § 137g Absatz 2 a. F. dienen, sondern stattdessen insbesondere die erforderlichen Erkenntnisse für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses an die Behandlung in den Programmen liefern.

Ferner wird auf das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation verzichtet, welches aufgrund der inzwischen flächendeckend eingeführten verpflichtenden elektronischen Dokumentationsverfahren, die in die Praxisverwaltungssysteme integriert sind und eine gute

Handhabung erlauben, entfallen kann. Dies führt zu einer Entlastung der koordinierenden Ärzte, indem die letzten papiergebundenen Verfahren (Versandliste) bei der Erstdokumentation entbehrlich werden und der entsprechende Verwaltungsaufwand damit beseitigt wird.

Insgesamt können durch die Neuregelung die – auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben – vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeiteten inhaltlichen Anforderungen zur evidenzbasierten und strukturierten Behandlung in den Programmen über die unmittelbare Regelung in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses schneller und flexibler in der Fläche implementiert werden.

Zu Buchstabe a

Die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme wird vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Hierzu gehört auch die Festlegung, für welche geeigneten chronischen Krankheiten in Zukunft strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Die Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 94 zur Prüfung vorzulegen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme wird auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Die gesetzlichen Vorgaben zur evidenzbasierten und strukturierten Behandlung bleiben erhalten. Die unmittelbare Regelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vereinfacht und flexibilisiert das Verfahren und beschleunigt die Umsetzung der Inhalte in der Versorgungspraxis.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher bereits Empfehlungen abgegeben hat und die vom BMG in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Nummer 3 umgesetzt wurden, werden nun unmittelbar von ihm in Richtlinien geregelt. Diese sind dem BMG nach § 94 SGB V zur Prüfung vorzulegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt nun unmittelbar in den Richtlinien die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme, insbesondere an die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (Nummer 1). Es wird davon ausgegangen, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufbauend auf den Vorgaben der bisherigen Rechtsverordnung auch diagnosebezogene Therapieziele beinhalten werden, auf die die Behandlung, soweit medizinisch sinnvoll und möglich, auf der Grundlage individueller und aktueller Zielvereinbarungen mit dem eingeschriebenen Versicherten auszurichten sein soll. Das Gleiche gilt hinsichtlich der Vorgaben für eine qualitätsorientierte und effiziente Versorgung im Rahmen der Kooperation der Versorgungsebenen.

Weiterhin sind die Anforderungen an durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 2 Nummer 1 und 2 zu regeln (Nummer 2). Auch hier wird davon ausgegangen, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wie die bisherige Rechtsverordnung u. a. Anforderungen an Ziele und Maßnahmen der Qualitätssicherung festlegen werden, die von den Krankenkassen mit den beteiligten Leistungserbringern oder Versicherten zu vereinbaren sind. Hinzu kommen Vorgaben an die nach § 137f Absatz 4 Satz 2 für jedes volle Kalenderjahr vorzulegenden Berichte über die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen (Qualitätsberichte). Auch wird davon ausgegangen, dass – wie bisher – vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen wird, dass die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen regelmäßig zu veröffentlichen sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Richtlinie auch die Voraussetzungen für die Einschreibung von Versicherten in ein Programm zu regeln (Nummer 3). Dies betrifft insbesondere die Anforderungen an die Diagnosestellung und sonstige medizinische Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten an einem strukturierten Programm. Die administrativen Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschließlich der Dauer der Teilnahme sind demgegenüber aufgrund der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Programmkosten (gemäß § 38 RSAV) weiterhin in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln. Diese Regelungen werden nach wie vor in § 28d der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung getroffen.

Nach Nummer 4 legt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien Anforderungen an die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten fest, deren Durchführung von den Krankenkassen mit den beteiligten Leistungserbringern oder Dritten vereinbart werden. Das Bundesversicherungsamt prüft weiterhin im Rahmen der Zulassung nach § 137g Absatz 1, ob die vereinbarten Schulungen den Anforderungen entsprechen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt zudem insbesondere die medizinischen Anforderungen an die Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Aufbewahrungsfristen (Nummer 5). Die administrativen Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten sind demgegenüber weiterhin in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln, da insbesondere diese Datenflüsse als strukturelle Vorgaben dem Verfahren der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Programmkosten (gemäß § 38 RSAV) dienen. Diese Regelungen werden nach wie vor in § 28f der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung getroffen.

Nach Nummer 6 hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch die Anforderungen an die Bewertung der Auswirkungen der strukturierten Versorgung in den Programmen (Eva-

luation) zu regeln. Gegenüber den bisherigen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben zur Evaluation in § 137f a. F. sowie in § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung a. F., wird die Ausrichtung der Evaluation der für die jeweilige Krankheit zugelassenen Programme flexibilisiert. Dies wird insbesondere dadurch möglich, dass die Evaluation in Zukunft nicht mehr als Grundlage für eine verpflichtende Wiederzulassungsprüfung nach § 137g Absatz 2 a. F. dient, sondern stattdessen insbesondere die erforderlichen Erkenntnisse für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses an die Behandlung in den Programmen liefern soll. Daher entfällt auch die bisherige Aufgabe des Bundesversicherungsamts nach § 28g Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung a. F., durch Vorgaben methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar sind.

Diese Flexibilisierung ermöglicht es dem Gemeinsamen Bundesausschuss, die Ziele, Inhalte und Verfahren der Evaluation eigenverantwortlich und gemäß den entsprechend seiner Einschätzung nötigen medizinischen Erfordernissen auszugestalten. Dabei kann er – aufbauend auf den inzwischen vorliegenden Ergebnissen und gewonnenen Erfahrungen – sowohl die bisherige Systematik einer einzelprogrammbezogenen Evaluation fortführen, soweit er dies für erforderlich hält, oder beispielsweise angepasst an etwaige medizinische Erfordernisse und Besonderheiten allein eine regionenbezogen vergleichende Evaluation oder auch nur eine auf die Gesamtheit der für eine Krankheit zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramme bezogene Evaluation im Vergleich zur Versorgung außerhalb der Programme vorsehen. Die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet insbesondere auch die Vorgabe methodischer Kriterien für die Evaluation. Dies ist naheliegend und folgerichtig, denn der Gemeinsame Bundesausschuss legt auch die zu erhebenden und zu dokumentierenden (insbesondere medizinischen) Daten (Nummer 5) fest, deren Zweck unter anderem der Durchführung einer Evaluation dient.

Satz 3 stellt klar, dass – wie bisher in den strukturierten Behandlungsprogrammen – auch zukünftig die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 geregelten Anforderungen den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken, soweit sie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen. Etwaige Einschränkungen der Therapiefreiheit, die sich durch die das Leistungsrecht näher konkretisierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 ergeben, bleiben unberührt. Die Regelung in Satz 3 entspricht der bisherigen Regelung in § 28b Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Im neuen Satz 6 ist die Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses zur regelmäßigen Überprüfung und Aktualisierung seiner Richtlinien nach Satz 2 geregelt. Dies entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung in § 28b Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Auf die dort noch vorgesehene Vorgabe starrer Überprüfungsfristen wird aus Gründen der Ermöglichung einer sachgerechten Flexibilisierung und der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der Aktualität der medizinischen Inhalte verzichtet.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss. Das Bundesversicherungsamt erstellt einen zusammenfassenden Bericht über die Evaluation nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und veröffentlicht diesen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände für die Programme für jedes volle Kalenderjahr Qualitätsberichte über die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 zu erstellen haben, die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorzulegen sind. Diese Berichte werden bereits jetzt von den Krankenkassen regelmäßig erstellt und veröffentlicht, sodass hierdurch grundsätzlich kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht. Es wird nunmehr lediglich die Verpflichtung zur Vorlage dieser Berichte zu einem festgelegten Termin beim Bundesversicherungsamt geregelt. Die fristgerechte und ordnungsgemäße Vorlage dieser Qualitätsberichte ist nach § 137g Absatz 3 Voraussetzung für den Fortbestand der Zulassung eines Programms, die nun auch unbefristet vom Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 1 zu erteilen ist, wenn das Programm die erforderlichen Anforderungen erfüllt. Wird ein Qualitätsbericht nicht fristgerecht vorgelegt, hebt das Bundesversicherungsamt die Zulassung eines Programms auf.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Neufassung des bisherigen § 116b. Der neue Absatz 7 entspricht dem bisherigen § 116b Absatz 1, der die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen regelte.

Zu Nummer 58 (§ 137g)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme wird vereinfacht, in dem die Vorgabe wegfällt, wo-

nach die Zulassung zu befristen ist. Dies entlastet Krankenkassen und Bundesversicherungsamt von erheblichem Verwaltungsaufwand, der aufgrund der Etablierung der strukturierten Behandlungsprogramme in der Versorgung nicht mehr als erforderlich angesehen wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Ungeachtet der grundsätzlichen Entfristung der Zulassung kann das Bundesversicherungsamt die Zulassung weiterhin mit erforderlichen Auflagen und Bedingungen versehen. Damit kann auch der Tatsache Rechnung getragen werden, dass bei etwa einem Drittel aller zur Zeit zugelassenen Programme die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge (hierzu zählen nicht nur die Leistungserbringerverträge, sondern auch Datenstellen und die zur Beratung der Versicherten abgeschlossenen Dienstleisterverträge) bisher nur befristet geschlossen sind. Die unbefristete Zulassung solcher Programme kann dann beispielsweise unter der Auflage erfolgen, dass rechtzeitig vor Ablauf der vorgesehenen Vertragslaufzeiten entsprechende Anschlussverträge abgeschlossen und dem Bundesversicherungsamt vorgelegt werden.

Zu den Doppelbuchstaben dd bis hh

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung des Satzes 3 und aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2

Der Regelungsgegenstand des bisherigen Absatzes 2 ist obsolet geworden, da es aufgrund der unbefristeten Zulassung grundsätzlich keiner Wiederzulassung eines Programms mehr bedarf und die Evaluation in Zukunft nicht mehr als Grundlage für eine solche Wiederzulassung dient.

In der Neufassung des Absatzes 2 ist die Pflicht der Krankenkassen oder der Verbände der Krankenkassen geregelt, die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres anzupassen, wenn die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder die in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen geändert werden. Maßgeblicher Zeitpunkt ist der Tag des Inkrafttretens der Änderungen. Für Programme, die bei Inkrafttreten von Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen zwar noch nicht zugelassen sind, deren Zulassung an diesem Tag aber bereits beantragt ist, gilt diese Anpassungsfrist entsprechend. Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt die angepassten Verträge unverzüglich vorzulegen und es über die Anpassung der Programme unverzüglich zu unterrichten. Dies soll gewährleisten, dass die Programme auch weiterhin qualitativ hochwertig gemäß der Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt werden und eine Behandlung jeweils auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beinhalten. Diese Regelung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung in § 28b Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, bereinigt um zwischenzeitlich wegen Zeitablaufs obsolet gewordener Übergangsvorschriften. Zur Vereinfachung wird in Satz 1 zudem eine einheitliche Anpassungsfrist von einem Jahr vorgesehen.

Zu Absatz 3

Wegen der Einführung der regelhaften unbefristeten Zulassung wird als Folgeänderung in Absatz 3 Satz 1 geregelt, dass die Zulassung mit Wirkung des Zeitpunkts der Änderung der Verhältnisse aufzuheben ist, wenn die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die rechtlichen Anforderungen, insbesondere nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7, nicht mehr erfüllen. Die Sätze 2 und 3 regeln jeweils einen von diesem Grundsatz abweichenden Aufhebungszeitpunkt. Wurde die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 nicht gemäß den Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f durchgeführt, ist die Zulassung mit Wirkung zum Beginn des Bewertungszeitraums aufzuheben. Wurde ein Qualitätsbericht nach § 137f Absatz 4 Satz 2 nicht fristgerecht vorgelegt, ist die Zulassung mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres aufzuheben, für das der Qualitätsbericht vorzulegen war. Demgegenüber kann ein aufgrund vorgelegter Qualitätsberichte erfolgender Vergleich der Ergebnisse zwischen mehreren für dieselbe Krankheit zugelassenen Programmen allein keine Grundlage für die Aufhebung der Zulassung eines Programms sein.

Zu Nummer 59 (§ 140f)

Technische Folgeänderungen zum Wegfall der bisherigen Regelung in § 303b.

Zu Nummer 60 (§ 155)

Auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit der Schließung von Krankenkassen ist es erforderlich, das Verfahren des Kassenwechsels für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse zu erleichtern. Die bisherigen Regelungen tragen dem Umstand nicht ausreichend Rechnung, dass bei der Schließung einer Krankenkasse in kurzer Zeit ein Kassenwechsel für eine unter Umständen sehr große Zahl von Mitgliedern durchzuführen ist. Um Schwierigkeiten für die Mitglieder zu vermeiden und den auf Seiten der aufnehmenden Krankenkassen erforderlichen organisatorischen Aufwand zu verringern, wird der Abwicklungsvorstand verpflichtet, die verfahrensmäßigen Voraussetzungen für den Kassenwechsel so weit wie möglich herzustellen. Zu diesem Zweck hat er jedem Mitglied unverzüglich nach Zugang des Schließungsbescheids der Aufsichtsbehörde einen Vordruck zu übermitteln, der bereits die für die Anmeldung bei einer neuen Krankenkasse erforderlichen Angaben des Mitglieds enthält. Außerdem sind in den Vordruck die Angaben aufzunehmen, die die gewählte Krankenkasse für die Leistungserbringung benötigt. Hierzu gehört insbesondere die Bankverbindung, da ohne diese Angabe eine nahtlose Fortzahlung von Pflege- und Krankengeld nicht möglich ist. Dem Vordruck ist eine Übersicht über alle wählbaren Krankenkassen beizufügen, damit das Mitglied die gewählte Krankenkasse nur noch eintragen oder ankreuzen muss. Der Vorstand hat die Form der Übermittlung so zu wählen, dass

der Vordruck dem Mitglied erfahrungsgemäß auch tatsächlich zugeht. Die Einstellung des Vordrucks im Internetauftritt der Krankenkasse reicht hierfür nicht. Da diese Angaben im Versichertenverzeichnis der bisherigen Krankenkasse enthalten sind, entsteht hierdurch kein erheblicher Aufwand für die geschlossene Krankenkasse. Zur weiteren Erleichterung des Kassenwechsels hat der Vorstand die Mitglieder darauf hinzuweisen, dass sie den ausgefüllten Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurücksenden können. Es steht den Mitgliedern der geschlossenen Krankenkasse frei, von dieser Möglichkeit zur Erleichterung des Kassenwechsels keinen Gebrauch zu machen und sich selber an die gewählte Krankenkasse zu wenden. Machen sie von ihrem Wahlrecht keinen Gebrauch, gilt das bisherige Verfahren, d. h. die Anmeldung bei der letzten Krankenkasse oder ersatzweise bei einer anderen wählbaren Krankenkasse durch die zur Meldung verpflichtete Stelle.

Auf Grund der Verweisungen in den § 146a Satz 3, § 164 Absatz 1 Satz 1 und § 171 Satz 1 gilt die Regelung auch bei der Schließung von Orts- und Innungskrankenkassen sowie von Ersatzkassen. Sie gilt außerdem im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse (vgl. die Änderung in § 171b Absatz 3).

Zu Nummer 61 (§ 171b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 155 Absatz 2.

Zu Buchstabe b

Zeigt der Vorstand einer Krankenkasse der zuständigen Aufsichtsbehörde an, dass die Krankenkasse zahlungsunfähig ist, die Zahlungsunfähigkeit droht oder die Überschuldung eingetreten ist, hat die Aufsichtsbehörde über die Schließung der Krankenkasse oder die Einleitung eines Insolvenzverfahrens zu entscheiden. Die Krankenkassen derselben Kassenart und deren Landesverbände, die sich parallel dazu um die Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz durch freiwillige finanzielle Hilfen oder durch Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse bemühen, sollen künftig hierüber unverzüglich informiert werden. Da sie im Fall der Schließung oder der Einleitung eines Insolvenzverfahrens vorrangig die hieraus resultierenden finanziellen Belastungen zu tragen haben, erhalten sie frühzeitig die Möglichkeit, kurzfristig Maßnahmen zur Haftungsprävention zu ergreifen.

Zu Nummer 62 (§ 172)

Eine Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse soll möglichst vermieden werden. Dafür müssen Problemfälle frühzeitig identifiziert und wirksame Sanierungsstrategien gefunden werden. Insbesondere freiwillige finanzielle Hilfen der Krankenkassen derselben Kassenart zur Erhaltung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit, zur Verhinderung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse oder zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen kommen dafür in Betracht. In diese Bemühungen sollen künftig neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den zuständigen Aufsichtsbehörden auch die Landesverbände der Krankenkassen stärker einbezogen werden. Dafür ist es notwendig, ihnen vergleichbare Informations- und Prüfrechte gegenüber ihren Mitgliedskassen einzuräumen wie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ebenso wie dieser erhalten sie die gesetzliche Befugnis, von ihren Mitgliedern die Auskünfte und Unterlagen zu verlangen, die zur Beurteilung der dauerhaften Leitungsfähigkeit der Mitgliedskassen erforderlich sind. Dadurch können auch die Landesverbände gemäß § 172 Absatz 2 Satz 5 ihre Mitgliedskassen über geeignete Maßnahmen zur Sicherung der dauerhaften Leistungsfähigkeit beraten und die Aufsichtsbehörde über die finanzielle Situation und die vorgeschlagenen Maßnahmen unterrichten, wenn sie auf Grund der übermittelten Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer ihrer Mitgliedskassen für bedroht halten.

Zu Nummer 63 (§ 173)

Ehegatten können eine Mitgliedschaft auch bei der Krankenkasse begründen, bei der ihr Ehepartner versichert ist. Damit haben Sie z. B. Zugang zu einer nicht geöffneten Betriebskrankenkasse, wenn der Ehepartner als Mitarbeiter des Unternehmens dort Mitglied ist.

Mit dem Lebenspartnerschaftsgesetz von 16. Februar 2001 wurden die eingetragenen Lebenspartner den Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Diese Gleichstellung erstreckt sich auch auf das sog. Ehegattenwahlrecht. Insoweit handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 64 (§ 175)

Die Regelung trägt dem Stellenwert der Kassenwahlfreiheit in einem wettbewerblich organisierten Krankenversicherungssystem Rechnung. Sie dient dem Schutz der Mitglieder im Fall eines Kassenwechsels, insbesondere wenn dieser auf Grund einer Schließung oder Insolvenz der bisherigen Krankenkasse erforderlich geworden ist. Dem Grundsatz, dass die Wahl einer Krankenkasse ausschließlich nach den eigenen Präferenzen des Mitglieds erfolgen und nicht durch die abgebende oder die aufnehmende Krankenkasse oder durch Dritte beeinflusst werden soll, wird stärker zur Geltung verholfen. Künftig steht es nicht mehr im Ermessen der Aufsichtsbehörden, ob sie Verdachtsfälle einer rechtswidrigen Einschränkung der Kassenwahlrechte aufgreifen. Als rechtswidrige Einschränkung der Kassenwahlrechte ist dabei jede Beratung eines aufnahmewilligen Mitglieds anzusehen, die dazu führt, dass dieses entweder ganz von der Wahlerklärung absieht oder die Wahlerklärung nur unter erschwerten Bedingungen abgeben kann. Hierzu gehört etwa eine Beratung dahingehend, dass es die Wahlerklärung nur schriftlich oder nur in einer bestimmten Geschäftsstelle oder nur unter Beifügung von Unterlagen abgeben kann, die für die Ausübung des Wahlrechts nicht erforderlich sind. Wie die bisherigen Erfahrungen gezeigt haben, lösen derartige Falschberatungen nicht nur erhebliche Untersicherheit bei den Versicherten aus. Vielfach waren Versicherte hierdurch gezwungen, ohne Not erhebliche Belastungen zu tragen, wie übermäßig lange Wartezeiten oder unter Umständen mehrfache Anreisen zu entfernt liegenden Geschäftsstellen. Die Aufsichtsbehörden werden verpflichtet, Anhaltspunkten hierfür nachzugehen und den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Bei festgestellten Rechtsverstößen ist die

Krankenkasse zu deren Behebung und zur Unterlassung weiterer Rechtsverletzungen zu verpflichten und diese Verpflichtung mit der Androhung eines Zwangsgelds zu verbinden. Anders als bei sonstigen Rechtsverletzungen haben die Aufsichtsbehörden insoweit kein Ermessen mehr.

Die sofortige Androhung des Zwangsgelds ist erforderlich, um die Krankenkasse anzuhalten, keine auch nur vorübergehenden Rechtsverletzungen insbesondere in Form unzutreffender Beratung über die Zugangsmöglichkeiten zur Krankenkasse in Kauf zu nehmen, die das Ziel haben können, die finanziellen Belastungen der Krankenkassen aufgrund zu Zugangs zahlreicher vermeintlich „ungünstiger Risiken“ zu vermeiden. Auch die Höhe des Zwangsgelds, die sich an den Vollstreckungsgesetzen der Länder orientiert, und die mehrfache Festsetzung für jeden Einzelfall sind diesem Zweck entsprechend angemessen. Der Gewährleistung eines zügigen Kassenwechsels und der Vermeidung von Fehlanreizen dient auch der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen gegen die Anordnung der Aufsichtsbehörden.

Jedes Vorstandsmitglied der betroffenen Krankenkasse, das von der Rechtsverletzung wusste oder hätte wissen müssen, ist für ein von der Krankenkasse gezahltes Zwangsgeld in Regress zu nehmen. Dies ist vorrangig Aufgabe des Verwaltungsrats. Sofern der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht von sich aus einleitet, hat die Aufsichtsbehörde ihn hierzu zu veranlassen.

Zu Nummer 65 (§ 212)

Alle Krankenkassen einer Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz in einem Land haben für das jeweilige Land für alle gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen sowie für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene jeweils einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis gegenüber der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes zu benennen. Können sich die betroffenen Krankenkassen einer Kassenart nicht auf einen Bevollmächtigten einigen, bestimmt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes diesen gemeinsamen Bevollmächtigten. Soweit für ein Land ein Landesverband besteht oder die Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Absatz 4a wahrgenommen werden, gilt der Landesverband als Bevollmächtigter der Kassenart. Bestehen in einem Land gemäß § 207 mehrere Landesverbände einer Kassenart, gilt der jeweilige Landesverband in seinem Zuständigkeitsbereich als Bevollmächtigte im Sinne des Satzes 1.

Für die Ersatzkassen gilt die bisherige Regelung in § 212 Absatz 5.

Zu Nummer 66 (§ 217f)

Für die Mitglieder einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse, die nach dem Zeitpunkt der Schließung durch die Aufsichtsbehörde oder nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens noch keine neue Krankenkasse gewählt haben bzw. die noch nicht gemäß § 175 Absatz 3 durch die zuständige Meldestelle (insbesondere dem Arbeitgeber, dem Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit) einer neuen Krankenkasse zugewiesen wurden, muss in dem Übergangszeitraum bis zur Übernahme durch die neue Krankenkasse die lückenlose Realisierung der Leistungsinanspruchnahme auch praktisch gewährleistet sein. Die Begründung der Mitgliedschaft in der neuen Krankenkasse erfolgt zwar rückwirkend, so dass insofern eine durchgehende Mitgliedschaft gewährleistet ist. Für die praktische Abwicklung des Verfahrens des Übergangs von der geschlossenen in die neue Krankenkasse bedarf es jedoch näherer Verfahrensregelungen der Selbstverwaltung. Um in der Übergangszeit eine reibungslose Leistungsgewährung an die betroffenen Mitglieder sicherzustellen, und Verunsicherungen bei den Leistungserbringern zu vermeiden, erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die gesetzliche Aufgabe, die hierfür erforderlichen Entscheidungen zu treffen.

Die Vorschrift gilt für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 Satz 2 SGB XI entsprechend.

Zu Nummer 67 (§ 221b)

Der bisherige Wortlaut des § 221b bleibt unverändert und wird Absatz 1. Der neue Absatz 2 Satz 1 des § 221b SGB V sieht vor, dass die Bundesregierung die mit den Maßnahmen dieses Gesetzes nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluiert. Diese Maßnahmen betreffen die Preiszuschläge für besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungserbringer insbesondere in Gebieten, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V getroffen worden sind, Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen, deren Umfang in den Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen festgelegt wird, sowie die Neujustierung der Honorarstrukturen im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung.

Mit § 221b Absatz 2 Satz 2 wird geregelt, dass das Ergebnis dieser Evaluierungen im Jahre 2014 bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 gemäß § 221b Absatz 1 Satz 2 mindernd berücksichtigt wird. Voraussetzung ist, dass sich aus dem Ergebnis der Evaluierungen unter Berücksichtigung von Einspareffekten tatsächlich Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich bleibt unberührt.

Zu Nummer 68 (§ 225)

Rentenantragsteller sind bis zum Beginn der Rente u. a. beitragsfrei, wenn sie als hinterbliebene Ehegatten eines nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 oder Nummer 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, Hinterbliebenenrente beantragen.

Hinterbliebene Lebenspartner werden innerhalb dieser Vorschrift nicht gesondert aufgeführt, obwohl sie wie hinterbliebene Ehegatten Anspruch auf Hinterbliebenenrente nach den Vorschriften des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch haben (vgl. § 46 Absatz 4 SGB VI).

Diese im Rentenrecht bereits gültige Gleichstellung von Lebenspartnerschaft und Ehe wird nunmehr in § 225 ausdrücklich gesetzlich geregelt.

Zu Nummer 69 (§ 232a)

Die beitragspflichtigen Einnahmen für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II wurden mit Wirkung vom 1. Juli 2006 vom 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße auf das 0,3450-fache der Bezugsgröße reduziert.

Um die daraus resultierenden Mindereinnahmen der Krankenversicherung bei den Beziehern von Arbeitslosengeld II auszugleichen, wurde ein Ausgleichsverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit und den Krankenkassen eingeführt. Dieses bislang in den Sätzen 3 und 4 beschriebene Ausgleichsverfahren sollte vollzogen werden, wenn die Mehreinnahmen aus der gleichzeitigen Erhöhung der Pauschalbeiträge für geringfügig Beschäftigte (von 11 Prozent auf 13 Prozent) nicht ausreichen sollten, um die Mindereinnahmen bei den Beziehern von Arbeitslosengeld II auszugleichen. Die o. g. Mehreinnahmen wurden auf 170 Mio. Euro geschätzt und im Gesetz festgelegt. Die Risiken dieser Schätzung sollten nicht zu Lasten der Krankenkassen gehen und daher vom Bund ausgeglichen werden.

Diese Anspruchsberechtigung der Krankenkassen ist zum 1. Januar 2009 auf das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds übergegangen.

Das Ausgleichsverfahren wird nun abgeschafft. Auf die Prüfung der Mehreinnahmen kann verzichtet werden, weil die genannte Grenze von 170 Mio. Euro in der Vergangenheit jeweils weit überschritten wurde und nie ein Ausgleichsanspruch bestand.

Dementsprechend wird § 232a Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 aus Gründen der Entbürokratisierung und Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Nummer 70 (§ 249)

Zu Buchstabe a

In § 249 Absatz 1 Satz 1 in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung ist geregelt, dass bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz trägt, im Übrigen tragen die Beschäftigten die Beiträge.

Aufgrund eines redaktionellen Versehens wird die Beitragstragung des Arbeitgebers in den Fällen versicherungspflichtig Beschäftigter ohne Krankengeldanspruch, in denen der ermäßigte Beitragssatz zur Anwendung gelangt, nicht erwähnt. In diesen Fällen bemisst sich auch der Arbeitgeberanteil nach dem ermäßigten Beitragssatz. Dem wird durch die redaktionelle Änderung Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

Ebenfalls redaktionell angepasst wird die in Absatz 4 getroffene Regelung zur Beitragstragung in der so genannten Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollte durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht verändert werden. Nach dem Wegfall des zusätzlichen Beitragssatzes zum 1. Januar 2009 wird dies durch Anpassungen der Beitragstragungsregelungen in den §§ 249 ff. sichergestellt. Eine Änderung des § 249 Absatz 4 unterblieb jedoch versehentlich. Nach dem reinen Wortlaut der Vorschrift würden Beiträge bei einem Entgelt innerhalb der Gleitzone deshalb auch weiter nach dem „Beitragssatz der Krankenkasse“ berechnet und getragen. Dadurch ergäbe sich eine nicht intendierte Belastung der Arbeitgeber um 0,45 Beitragssatzpunkte. In der Praxis wird daher schon heute anders verfahren. Die Änderung stellt insoweit eine Anpassung an die Praxis dar.

Zu Nummer 71 (§ 256)

Seit dem 1. Januar 2011 haben Zahlstellen die Meldungen an die Krankenkassen ausschließlich durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu übermitteln (vergleiche Artikel 5 Nummer 10 Buchstabe c in Verbindung mit Artikel 21 Absatz 11 des Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 19. Dezember 2007). Zur Vereinheitlichung der technischen Verfahren zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen, die alle auf der gleichen Datenübermittlung basieren, wird diese Regelung auch für die Beitragsnachweise der Zahlstellen übernommen. Den Aufbau der Datensätze legt der Spitzenverband Bund wie beim Zahlstellen-Meldeverfahren in Grundsätzen fest.

Zu Nummer 72 (§ 257)

Zu Buchstabe a

Die Regelung korrespondiert mit der Regelung des § 249 (neu). Es wird sichergestellt, dass der Beitragszuschuss des Arbeitgebers für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer, die ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind und deren Beiträge sich nach dem ermäßigten Beitragssatz bemessen, gesetzlich bestimmt ist.

Durch die unter Buchstabe bb) vorgenommene redaktionelle Änderung wird entsprechend der gängigen Verfahrenspraxis sichergestellt, dass bei Bezug von Kurzarbeitergeld der Arbeitgeber, wie bei versicherungspflichtig Beschäftigten auch, die auf das fiktiv anzusetzende Arbeitsentgelt entfallenden Beiträge vollumfänglich als Beitragszuschuss übernimmt.

Zu Buchstabe b

Die Begründung zu Buchstabe a) gilt für den Beitragszuschuss des Arbeitgebers für privat krankenversicherte Beschäftigte entsprechend.

Zu Buchstabe c

Im Zuge der Rechtsbereinigung wird die Regelung zur Berechnung des Beitragszuschusses für freiwillig versicherte Vorruhestandsgeldbezieher redaktionell angepasst.

Zu Buchstabe d

Seit dem 1. Januar 2009 sind nicht mehr neun Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes für die Berechnung des Beitragszuschusses für Bezieher von Vorruhestandsgeld maßgebend, sondern es ist der bundeseinheitliche um 0,9 Beitragsatzpunkte verminderte Beitragssatz nach § 243.

Darüber hinaus war die Vorschrift redaktionell anzupassen, unter anderem mit der Streichung der Sätze 3 und 4.

Zu Nummer 73 (§ 264)

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Nummer 74 (§ 265b)

Vereinbarungen über freiwillige Finanzhilfen unter den Krankenkassen derselben Kassenart zur Erhaltung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit, zur Verhinderung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse oder zur Aufteilung der Haftungsbeträge nach einer Schließung beruhen bisher auf freiwilligen Angaben der Krankenkassen über ihre finanzielle Hilfsbedürftigkeit. Da die Krankenkassen untereinander jedoch keiner gegenseitigen Finanzkontrolle unterliegen, können Unsicherheiten bezüglich der Belastbarkeit dieser Angaben und über den konkreten Umfang der finanziellen Hilfsbedürftigkeit bestehen. Zur Überprüfung dieser Angaben sind die unterstützenden Krankenkassen daher auf entsprechende Auskünfte des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des jeweiligen Landesverbandes angewiesen, die diese nach § 172 Absatz 2 SGB V von den Krankenkassen verlangen können.

Zu Nummer 75 (§ 266)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Nummer 76 (§ 270)

Die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sollen nicht die Aufwendungen der Krankenkassen auf Grund der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Absatz 6 – neu decken. Diese Leistungen bleiben somit genauso wie die Leistungen aus Wahltarifen außer Betracht. Die Aufwendungen der Krankenkassen auf Grund der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Absatz 6 – neu sollen demnach vollständig aus den Eigenmitteln der jeweiligen Krankenkasse finanziert werden. Gleichzeitig wird ein redaktioneller Fehler in der bisherigen Regelung beseitigt, indem im Verweis auf § 53 die fälschliche Einschränkung auf den Absatz 5 aufgehoben wird.

Zu Nummer 77 (§ 271)

Die Regelung sieht vor, dass das Bundesversicherungsamt bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Liquiditätsdarlehen aus der Liquiditätsreserve gewähren kann, wenn dies erforderlich ist, um Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind.

Hintergrund ist, dass versicherungspflichtige Mitglieder im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse die Mitgliedschaftsbescheinigung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach dem Tag der Schließung dem Arbeitgeber (bzw. dem Rentenversicherungsträger oder der Bundesagentur für Arbeit) vorlegen müssen. Die Möglichkeit der freien Krankenkassenwahl erstreckt sich somit über den Tag der Schließung hinaus. Freiwillige Mitglieder müssen die Wahl einer neuen Krankenkasse innerhalb von 3 Monaten nach der Schließung getroffen haben.

Tritt ein Leistungsfall ein, bevor eine neue Krankenkasse gewählt ist, soll vermieden werden, dass Versicherten einer von Schließung oder Insolvenz betroffenen Krankenkasse Leistungen verweigert oder privat in Rechnung gestellt werden, wenn es ihnen nicht möglich ist, die Krankenversichertenkarte oder einen Berechtigungsschein der neuen Krankenkasse rechtzeitig vorzulegen. Eine vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabe nach § 217 f Absatz 6 – neu – erfolgte Beauftragung der geschlossenen Krankenkasse als Körperschaft in Abwicklung oder einer anderen Krankenkasse mit der Leistungsaushilfe ist geeignet, einen lückenlosen Versicherungsschutz sicherzustellen, ohne dass Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse innerhalb des ihnen zustehenden Zeitraumes zur freien Krankenkassenwahl einer Krankenkasse zugewiesen werden. Für die Versorgung der Versicherten erhält die leistungsaushelfende Krankenkasse keine Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, da im Rahmen der Leistungsaushilfe keine Mitgliedschaft begründet wird.

Die Leistungsaushilfe kann auf Antrag über ein Liquiditätsdarlehen finanziert werden. Unabhängig vom Zeitpunkt der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts besteht für die gewählte neue Krankenkasse eine Leistungspflicht ab dem ersten Tag nach Schließung der bisherigen Krankenkasse. Damit hat die leistungsaushelfende Krankenkasse gegenüber der neuen Krankenkasse einen Erstattungsanspruch.

Das Darlehen ist spätestens innerhalb von 6 Monaten zurückzuzahlen. Das Nähere zur Darlehensgewährung, Verzinsung und Rückzahlung regelt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer 78 (§ 284)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 85c und der Änderung von § 87c.

Zu Nummer 79 (§ 285)

Mit der Neuregelung des § 285 Absatz 3 Satz 7 wird eine gesetzliche Befugnisnorm für Datenübermittlungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung an eine andere Kassenärztliche Vereinigung geschaffen, soweit dies im Rahmen einer Beauftragung nach § 77 Absatz 6 Satz 2 in Verbindung mit § 88 SGB X erforderlich ist. Aus § 77 Absatz 6 Satz 2 ergibt sich, dass die Beauftragte im datenschutzrechtlichen Sinn Dritte und damit verantwortliche Stelle ist, wenn sie zum Zwecke der Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben Daten entgegennimmt. Da der Datenfluss zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen als Übermittlung nach § 67 Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 SGB X zu qualifizieren ist, bedarf er einer gesetzlichen Legitimationsgrundlage, die hiermit geschaffen wird.

Aufgrund der Tatsache, dass es für die auftragsweise Aufgabenwahrnehmung nicht erforderlich ist, dass die beauftragte Kassenärztliche Vereinigung einen Versichertenbezug herstellen kann, eine Erhebung und Verarbeitung personenidentifizierender Daten also nicht erforderlich ist, wird die Auftraggeberin verpflichtet, die erforderlichen Daten vor ihrer Übermittlung zu pseudonymisieren. Durch die Verwendung einheitlicher Pseudonymisierungsverfahren sind erforderliche Datenverknüpfungen nach wie vor möglich.

Zu Nummer 80 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 116b.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 116b.

Zu Buchstabe d

Mit dem Ziel Überregulierungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem abzubauen, entfällt die Verpflichtung der Bundesmantelvertragspartner ambulante Kodierrichtlinien für die Dokumentation der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen zu vereinbaren. Damit entfällt auch die Verpflichtung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die ambulanten Kodierrichtlinien anzuwenden.

Zu Nummer 81 (§ 300)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu den Buchstaben b und c.

Zu Buchstabe b

Durch die Neuregelung wird erreicht, dass die bereits für Arzneimittel geltende Verpflichtung zum Auftragen eines bundeseinheitlichen Kennzeichens auf das Rezept und zur elektronischen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach § 300 auch für alle übrigen Leistungen gilt, die in den Leistungsanspruch nach § 31 einbezogen sind sowie für Impfstoffe nach § 20d Absatz 1 und 2.

Durch die Neuregelung wird klar gestellt, dass die Abrechungsdaten für alle Leistungen nach § 31 sowie für Impfstoffe nach der Vorschrift des § 300 und nicht nach der Vorschrift des § 302 zu übermitteln sind. Die Neuregelung lässt im Übrigen die geltenden, vertraglich vereinbaren Abrechungswege und -verfahren unberührt.

Die Regelung dient insgesamt der Erhöhung der Transparenz über die abgerechneten Leistungen und der Rechtsklarheit. Sie gewährt eine vollständige Erfassung der Daten, die von den Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigt werden. Damit wird eine einheitliche Systematik für die Abrechnungsdaten für alle Leistungen, auf die ein Leistungsanspruch nach § 31 besteht, sowie für Impfstoffe nach § 20d Absatz 1 und 2 gewährleistet. Die Neuregelung gilt nicht für Einzelleistungen, die im Rahmen einer Komplexleistung erbracht und vergütet werden und die mithin nicht einzeln abgerechnet werden.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 82 (§ 302)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 127 und § 133. Regelungen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens und die Voraussetzungen und das Verfahren der Teilnahme an einer Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübertragung können zukünftig auch in Rahmenempfehlungen der Vertragspartner auf Bundesebene vereinbart werden. In diesem Fall sollen die vertraglich vereinbarten Rahmenempfehlungen den einseitig festgelegten Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vorgehen.

Zu Nummer 83 (§§ 303a bis 303e)

Der Zweite Titel des Zweiten Abschnitts des Zehnten Kapitels, der die Vorschriften zur Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung enthält, wird neu geregelt. Dabei werden die grundlegende Struktur sowie die vorgesehenen Maßnahmen zum Datenschutz weitestgehend beibehalten. Maßgebliche Neuregelungen betreffen zum einen die geänderte Datengrundlage, die nunmehr auf die bereits im System vorhandenen Daten des Risikostrukturausgleichs aufsetzt, und zum Zweiten die Zuweisung der Aufgabenwahrnehmung an öffentliche Stellen.

Mit der Bereitstellung der pseudonymisierten Daten durch die öffentlichen Stellen wird das Ziel verfolgt, durch eine hierdurch nachhaltig verbesserte Datengrundlage für die Entscheidungsprozesse (z. B. Nutzen- und Kostenanalyse) und für die Versorgungsforschung (z. B. Längsschnittanalysen zum Versorgungsgeschehen über längere Zeiträume bezüglich bestimmter Fragestellungen) einen effizienteren Ressourceneinsatz im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen.

Zu § 303a

Zu Absatz 1

Die bisherigen, seit Januar 2004 geltenden Regelungen sind von der Selbstverwaltung bisher nur ansatzweise umgesetzt worden und es ist davon auszugehen, dass auf der Basis der bisher geltenden Regelungsstruktur auch weiterhin eine Umsetzung durch die Beteiligten nicht erfolgen wird. Daher wird mit der Neuregelung das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates öffentliche Stellen zu bestimmen, die die Funktionen einer Vertrauensstelle und einer Datenaufbereitungsstelle wahrnehmen und so die vom Gesetzgeber beabsichtigte Umsetzung der Datentransparenzregelungen anstelle der Selbstverwaltung übernehmen.

Das Instrument der Rechtsverordnung wird gewählt, da auf diese Weise Detailregelungen zur erforderlichen Kompetenz der Stellen, zu Finanzierungsfragen und datenschutzrechtlichen Anforderungen verbindlich vorgegeben werden können, ohne diese Einzelheiten im Gesetz regeln zu müssen. Welche öffentliche Stelle zur Wahrnehmung der Aufgaben der Vertrauensstelle oder der Datenaufbereitungsstelle bestimmt wird, ist in der Rechtsverordnung zu regeln. In Betracht kommt z. B. das Bundesversicherungsamt.

Zu Absatz 2

Der neue Absatz 2 regelt, dass in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 Näheres zu Datenumfang (vgl. Begründung zu § 303b), dem Verfahren der Datenübermittlung (vgl. Begründung zu § 303b), dem Verfahren er Pseudonymisierung (vgl. Begründung zu § 303c) und der ausnahmsweise pseudonymisierten Bereitstellung von Daten (vgl. Begründung zu § 303e) festgelegt werden.

Zu Absatz 3

Der bisherige Absatz 3 entfällt, da mittlerweile durch Vereinbarungen der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Leistungserbringern umfassende Regelungen zum Datenaustausch getroffen sind. Für die Aufgaben der Datentransparenz ist eine verbesserte Kompatibilität der Daten einzelner Leistungsbereiche nicht mehr erforderlich, da nunmehr als Datengrundlage die bereits auf Plausibilität geprüften Daten des Risikostrukturausgleichs genutzt werden.

Die Finanzierung der Aufgaben der Datentransparenz, die entsprechend der ursprünglichen Regelungen durch die Selbstverwaltung hätte erfolgen müssen, wird auch weiterhin durch die gesetzlichen Krankenkassen geleistet. Den durch Rechtsverordnung bestimmten Stellen werden die Kosten erstattet, die ihnen durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen. Insbesondere werden die technische Ausstattung und der entstehende Personalmehrbedarf durch die gesetzliche Krankenversicherung und gegebenenfalls durch Nutzungsentgelte finanziert. Die Einzelheiten hierfür werden in der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 festgelegt. In diesem Zusammenhang sind unter anderem die Obergrenze der Finanzierungskosten, zu zahlende Vorschüsse und die Berücksichtigung von Nutzungsentgelten sowie das Verfahren des Verwendungsnachweises festzulegen.

Nach einer Schätzung durch Experten wurde auf der Grundlage eines mittleren Grundbedarfes, bei einem beschränkten Parallelbetrieb, der auch kurzzeitige Ausfälle des Systems akzeptiert, und einem Datenbestand mit dem Umfang von drei Jahren, ein Anfangsinvestitionsbedarf von rund einer Million Euro ermittelt. Danach würden für den Betrieb ohne Berücksichtigung der Nutzungsentgelte jährlich Kosten von rund 500.000 Euro anfallen. Damit ergibt sich gegenüber dem für die Umsetzung der ursprünglichen Regelungen im Jahr 2004 geschätzten Finanzierungsbedarf von ca. einer Million Euro jährlich (vgl. Bundestagsdrucksache 15/1525 Seite 173 7. Absatz) durch den mit der Nutzung bereits vorhandener Daten verbundenen geringeren Aufwand ein Einsparungseffekt.

Zu § 303b

Die bisherige Regelung in § 303b kann entfallen. Auf die Einrichtung eines Beirats kann verzichtet werden, weil im Rahmen des Rechtsverordnungsverfahrens nach § 303a alle interessierten Fachkreise beteiligt werden.

Mit der neuen Vorschrift wird die Datengrundlage für die Aufgaben der Datentransparenz neu geregelt. Nach den Erfahrungen mit der unzureichenden Umsetzung der ursprünglichen Regelungen durch die Selbstverwaltung, die eine Erhebung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei den datenhaltenden Stellen (Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen) vorsahen, wird nunmehr auf die bereits vorhandenen Daten zurückgegriffen, die von den Krankenkassen für Zwecke des Risikostrukturausgleiches erhoben und dem Bundesversicherungsamt übermittelt wurden. Auch diese Daten sind für die Zwecke der Datentransparenz geeignet. Mit diesen jährlich anfallenden pseudonymisierten Daten wird schrittweise eine Datenbasis entstehen, mit der auch über längere Zeitreihen Versorgungsanalysen möglich sein werden, ohne dass anhand dieser Daten eine Reidentifikation der Versicherten erfolgen kann. Die Festlegung des Umfangs der für Zwecke des Risikostrukturausgleichs zu erhebenden Daten erfolgt durch die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (§ 30 Absatz 1 RSAV), der Umfang der hieraus zu bestimmenden Auswahl der im Rahmen der Datentransparenz zu übermittelnden Daten wird in der Rechtsverordnung nach § 303a Absatz 1 Satz 2 weiter konkretisiert.

Die Daten werden nach der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt auf Vollständigkeit und Plausibilität an die Datenaufbereitungsstelle übermittelt. Dadurch wird sichergestellt, dass das Verfahren des Risikostrukturausgleichs nicht beeinflusst wird und ein valider Datenbestand für die Zwecke der Datentransparenz mitgenutzt werden kann. Durch die Verwendung von bereits erhobenen und geprüften Daten wird der Aufwand insgesamt reduziert.

An die Vertrauensstelle wird gleichzeitig vom Bundesversicherungsamt eine Liste der temporären Pseudonyme übermittelt. Die Vertrauensstelle hat die Aufgabe, unter Einbeziehung des wechselnden RSA-Datenschlüssels neue, kontinuierliche Pseudonyme zu erzeugen und so jedem Versicherten dauerhaft ein eindeutiges Pseudonym zuzuordnen. Hierfür ist eine Übermittlung des gesamten RSA-Datensatzes nicht erforderlich, es genügt die Übermittlung aller bei den gemäß § 30 Absatz 3 RSAV bereits pseudonymisierten RSA-Daten vorkommenden Pseudonyme. Dadurch wird den Grundsätzen der Datensparsamkeit und der Verhältnismäßigkeit genügt.

Zu § 303c

Zu Absatz 1

Die Vertrauensstelle hat die ihr vom Bundesversicherungsamt nach § 303b übermittelte Liste von temporären Pseudonymen in eine Liste von periodenübergreifenden Pseudonymen zu überführen. Dazu wendet sie ein mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmtes einheitliches Verfahren an. Wesentliche Punkte des Verfahrens werden in Absatz 2 geregelt; die weiteren Einzelheiten werden nach § 303a Absatz 3 Nummer 3 in der Verordnung nach § 303a Absatz 1 Satz 2 geregelt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Grundzüge zur Auswahl des Pseudonymisierungsverfahrens, das von der Vertrauensstelle verwendet wird. Es soll ein einheitliches schlüsselabhängiges Verfahren in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (Absatz 1) gewählt werden, das sicherstellt, dass die Ergebnisse der Pseudonymisierung kontinuierlich und periodenübergreifend sind, d. h. einem Versicherten muss über den gesamten Zeitraum ein

eindeutiges Pseudonym zugeordnet werden können. Vor diesem Hintergrund und dem nach § 30 Absatz 3 Satz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Pseudonymisierungsverfahren der RSA-Daten vorgesehenen regelmäßigen Schlüsselwechsel muss das bei der Vertrauensstelle anzuwendende Verfahren unter Einbeziehung des RSA-Schlüssels neue kontinuierliche Pseudonyme erzeugen.

Eine Reidentifikation des Personenbezuges von Versicherten bei der Verarbeitung und Nutzung der Daten durch alle dazu berechtigten Stellen wird ausgeschlossen.

Zu Absatz 3

Nach erfolgter Überführung der temporären in periodenübergreifenden Pseudonyme ist die Vertrauensstelle verpflichtet, der Datenaufbereitungsstelle die Liste der periodenübergreifenden Pseudonyme zu übermitteln und anschließend beide Listen zu löschen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt die räumliche, organisatorische und personelle Eigenständigkeit der Vertrauensstelle. Damit soll sichergestellt werden, dass bei der Verschlüsselung der Daten keine Verbindungen zu anderen Datenbeständen und -verarbeitungsprozessen der nach § 303a bestimmten öffentlichen Stelle bestehen können.

Da es sich bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz durch die Vertrauensstelle in erster Linie um die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbeziehbaren Daten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, ist es unabdingbar, dass die Vertrauensstelle dem Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I unterliegt und der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht.

Zu § 303d

Zu Absatz 1

Mit dieser Vorschrift wird bei der Datenaufbereitungsstelle die Datengrundlage für die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung und für Entscheidungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Strukturen der medizinischen Versorgung geschaffen. Durch die Datenaufbereitungsstelle sollen die Daten für die in § 303e Absatz 2 Nummer 1 bis 6 genannten Aufgaben aufbereitet und den nutzungsberechtigten Stellen zur Verfügung gestellt werden.

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift regelt die räumliche, organisatorische und personelle Eigenständigkeit der Datenaufbereitungsstelle. Sie ist Folge der Trennung zwischen Datenverschlüsselung und -aufbereitung. Dadurch wird sichergestellt, dass Personen, die mit der Datenerhebung und -aufbereitung beschäftigt sind, keine Kenntnisse über die Verschlüsselung haben. Eine Zusammenführung mit anderen Datenbeständen der bestimmten öffentlichen Stelle wird vermieden.

Da es sich bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz durch die Datenaufbereitungsstelle in erster Linie um die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbeziehbaren Daten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, ist es unabdingbar, dass die Datenaufbereitungsstelle dem Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I unterliegt und der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht.

Zu § 303e

Zu Absatz 1

Die Vorschrift benennt die Stellen und Institutionen, die die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeiten und nutzen können. Ziel ist es, die Datengrundlage für die Versorgungsforschung deutlich zu verbessern und mit einer zuverlässigen Datenbasis die Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung des GKV-Systems zu unterstützen. Durch die Möglichkeit der Nutzung der bei der Datenaufbereitungsstelle pseudonymisiert zusammengeführten Daten durch die unabhängige Forschung können auch die für die Steuerung des Gesundheitssystems notwendigen wissenschaftlichen Analysen erstellt werden. Der Kreis der Nutzungsberechtigten wird vor diesem Hintergrund um den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Institut des Bewertungsausschusses, die oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, die Institution nach § 137a Absatz 1 und das DRG-Institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK) erweitert. Neben den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden und deren nachgeordnetem Bereich sollen die übrigen obersten Bundesbehörden im Rahmen ihrer Aufgaben nutzungsberechtigt sein.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 1 aufgeführten Nutzungsberechtigten für den Datenbestand bei der Datenaufbereitungsstelle können insbesondere für die unter den Nummern 1 bis 6 aufgeführten Zwecke die Daten verwenden. Voraussetzung für die Datenverarbeitung und -nutzung ist jedoch entweder eine der nutzungsberechtigten Stelle zugewiesene Aufgabe, zu deren Erfüllung die jeweiligen Daten benötigt werden, oder die Institutionen können eine Nutzung im öffentlichen Interesse bezüglich der unter den Nummern 1 bis 6 genannten Zwecke glaubhaft nachweisen. Die Datenaufbereitungsstelle regelt die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren. Damit sollen zum einen ein Teil der Kosten, die durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen, refinanziert werden, und zum zweiten unnötige Routineanfragen bei der Datenaufbereitungsstelle vermieden werden. Diese Regelung ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Regelung innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

Zu Absatz 3

Die Regelung verpflichtet die Datenaufbereitungsstelle bei jeder Datenanfrage einer berechtigten Stelle oder Institution zu prüfen, ob der Zweck dem Nutzungskatalog entspricht und ob der geforderte Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck erforderlich sind. Da für die Bereitstel-

lung der Daten durch die Datenaufbereitungsstelle verschiedene Verfahren gewählt werden können (z. B. Datenübermittlung, kontrollierte Datenfernverarbeitung, Inhouse-Verfahren durch Bereitstellung von Arbeitsplätzen oder Bereitstellung als Scientific-Use-File), wird der Datenaufbereitungsstelle ebenfalls die Aufgabe zugewiesen, im Rahmen der Prüfung auch festzulegen, welches dieser Verfahren in dem speziellen Fall angewendet werden soll. Grundsätzlich sind die Daten anonymisiert bereitzustellen. Nur wenn für die genannten Zwecke die Nutzung anonymisierter Daten nicht ausreichend ist, können die Daten auch pseudonymisiert bereitgestellt werden; das Nähere zu den hierbei anzulegenden Kriterien wird nach § 303a Absatz 3 Nummer 4 in der Rechtsverordnung nach § 303a Absatz 1 Satz 2 geregelt. Auch in diesen Ausnahmefällen ist durch das gewählte Pseudonymisierungsverfahren auszuschließen, dass eine Reidentifikation der Versicherten erfolgen kann.

Zu Nummer 84 (§ 321)

Es handelt sich um eine Übergangsregelung zur Fortgeltung der bisher in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelten Anforderungen an die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen bis der Gemeinsame Bundesausschuss von der ihm übertragenen Regelungskompetenz nach § 137f Absatz 2 Gebrauch gemacht hat.

Zu Artikel 2 (§ 35a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Durch die Änderung werden die Rechte der Aufsichtsbehörden gegenüber dem Vorstand und dem Verwaltungsrat einer Krankenkasse gestärkt. In der Vergangenheit hat sich herausgestellt, dass selbst bei groben Pflichtverletzungen von Vorstandsmitgliedern, wie etwa vorsätzlichen Rechtsverletzungen, ein Beschluss des Verwaltungsrats, der das Vorstandsmitglied seines Amtes enthoben hätte, nicht zustande gekommen ist. Auf Grund der Bindung der Krankenkassen an Recht und Gesetz ist dies nicht zu rechtfertigen. Kommt der Verwaltungsrat künftig seiner Verpflichtung zur Amtsenthebung des Vorstandsmitglieds innerhalb einer angemessenen Frist nicht nach, erfolgt diese durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Um umgehend die ordnungsgemäße Geschäftsführung der Krankenkasse durch Wahl eines neuen Vorstandes auch im Fall eines Rechtsstreits zu gewährleisten, haben Rechtsbehelfe gegen die Amtsenthebung keine aufschiebende Wirkung.

Zu Artikel 3 (Zehntes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 66)

Mit der Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen, nach dem aus Gründen der Rechtssicherheit und Gleichbehandlung für die Vollstreckung durch die Krankenkassen generell das Vollstreckungsrecht des Bundes Anwendung finden soll. Aufgrund des Voranschreitenden Fusionsprozesses der Krankenversicherungsträger sind landesunmittelbare Krankenkassen zunehmenden über ein Bundesland hinaus tätig. Dies führt in der Praxis zu Problemen wenn außerhalb des Sitzlandes vollstreckt werden soll.

Die Regelung sieht vor, dass abweichend von Satz 1 für die Vollstreckung zugunsten landesunmittelbarer Krankenkassen einheitlich das Verwaltungs-Vollstreckungsrecht gilt. Die zuständige Vollstreckungsbehörde bestimmt sich weiterhin nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften.

§ 66 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 des Zehnten Buches bleiben unberührt.

Zu Nummer 2 (§ 75)

Mit der Neuregelung wird den obersten Bundesbehörden die Option eingeräumt, bei Anträgen von Versicherungsträgern der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung auf Genehmigung der Übermittlung von Sozialdaten das Genehmigungsverfahren auf das Bundesversicherungsamt zu übertragen. Damit wird den obersten Bundesbehörden die Möglichkeit gegeben, sich von diesen nicht zu den ministeriellen Kernaufgaben gehörenden Verwaltungsverfahren zu entlasten und diese an das mit dem erforderlichen juristischen und medizinischen Sachverstand ausgestattete Bundesversicherungsamt zu delegieren.

Zu Artikel 4 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 35)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum § 19 Absatz 1a – neu – SGB V, mit dem klargestellt wird, dass im Falle eines Kassenwechsels anlässlich einer Schließung oder Insolvenz nach §§ 153, 163, 170, 171b SGB V ein nahtloser Versicherungsschutz gewährt wird und Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse fortgelten.

Ebenso wie nach § 19 Absatz 1a SGB V soll bei einem Wechsel der Pflegekasse wegen Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse der bisherige Vertrauensschutz in Leistungszusagen erhalten bleiben. Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse können nur unter denselben Voraussetzungen zurück genommen werden, wie dies bei einer Fortsetzung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Pflegekasse der Fall gewesen wäre.

Zu Nummer 2 (§ 40)

Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl Vorsorgezwecken (§ 23 des Fünften Buches), der Krankenbehandlung, der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder dem Behinderungsausgleich (§ 33 des Fünften Buches) als auch der Pflegeerleichterung, der Linderung von Beschwerden des Pflegebedürftigen oder der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung (§ 40 des Elften Buches) dienen können, werden die Prüfung der Leistungszuständigkeit und die Bewilligung der Leistungen vereinfacht. Künftig soll der angegangene Leistungsträger nach den für die Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung geltenden Rechtsvorschriften, d.h. auch den für den jeweils anderen Leistungsträger geltenden Regelungen, über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel abschließend entscheiden. Auf eine genaue Zuordnung zu dem jeweiligen Leistungsträger kommt es dabei nicht mehr an. Für die betroffenen Hilfsmittel ist eine pauschale Aufteilung der Ausgaben zwischen der Kranken- und Pflegekasse vorgesehen.

Die verbindliche nähere Ausgestaltung dieser Vorschrift wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertra-

gen, der gleichzeitig als Spitzenverband Bund der Pflegekassen fungiert und grundsätzlich die Gewähr für eine sachgerechte Wahrnehmung dieser Aufgabe bietet. Er bestimmt zum einem, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses der gesetzlichen Krankenversicherung und des Pflegehilfsmittelverzeichnisses der sozialen Pflegeversicherung zu den Hilfsmitteln mit doppelter Zweckbestimmung gehören, und zum anderen die Kostenaufteilungsquote. Die vorgesehene Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit soll sicherstellen, dass dabei die Zielsetzung der gesetzlichen Vorgaben beachtet wird, keine damit nicht in Einklang stehenden Leistungsverschiebungen erfolgen und den Versicherten keine Nachteile entstehen.

Die Pauschalierung der Ausgaben soll die bisher erforderliche aufwändige und vor allem konfliktträchtige Abgrenzung der Leistungszuständigkeit im Einzelfall ersetzen. Die Regelung dient somit der Verwaltungsvereinfachung und soll darüber hinaus verhindern, dass sich einzelne Krankenkassen durch die Verlagerung von Leistungen auf die jeweilige Pflegekasse ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile verschaffen. Die neue Vorschrift dient lediglich der internen Abgrenzung zwischen Kranken- und Pflegekasse, sie hat keine Auswirkungen auf die Ansprüche der Versicherten. Sie führt weder zu einer Ausweitung noch zu einer Einschränkung bisher bestehender Rechtsansprüche auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Im Zusammenhang mit der Pauschalierung wird jedoch die Zuzahlung für die betroffenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel angeglichen, damit keine Ungleichbehandlung der Versicherten stattfindet. Des Weiteren wird zur Entlastung der Krankenkassen und Pflegekassen die Prüfung des Leistungsanspruchs vereinheitlicht.

Pflegebedürftige, die sich in vollstationärer Pflege befinden, haben keine Ansprüche auf Pflegehilfsmittel nach dem Elften Buch, denn der Anspruch auf Pflegehilfsmittel nach § 40 bezieht sich ausschließlich auf Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung nach § 28 Absatz 2 zur Hälfte. In diesen beiden Fallgruppen ist eine pauschale Aufteilung zwischen Kranken- und Pflegekasse nicht möglich. Hier muss es wegen der Systemunterschiede bei einer Zuordnung zu einem System und der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen durch den zuständigen Versicherungszweig bleiben.

Durch die neue Regelung wird die bisherige Verordnungsermächtigung in § 40 Absatz 5 überflüssig und kann entfallen.

Zu Artikel 5 (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 39)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 72 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V).

Zu Nummer 2 (§ 50)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 71 (§ 256 SGB V).

Zu Artikel 6 (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Zu den Nummern 1 bis 3

Klarstellung, dass es sich bei den Daten, die einzelne Krankenhäuser dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für Zwecke der Kalkulation für das DRG-Entgeltsystem nach § 17 b KHG oder für das Psych-Entgeltsystem nach § 17 d KHG zur Verfügung stellen, um vertrauliche Daten handelt, für die insofern als vorgehende Regelung im Sinne des § 3 Nummer 4 Informationsfreiheitsgesetz (IFG) eine Übermittlung an Dritte nicht zulässig ist. Die Veröffentlichung aggregierter Ergebnisse, die eine Identifikation einzelner Krankenhäuser nicht ermöglicht, ist unverändert zulässig.

Zu Artikel 7 (Krankenhausentgeltgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Zu Buchstabe a

Klarstellung, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 11 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch umfasst.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Regelung zu Buchstabe c.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Änderung des § 39 Absatz 1 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 21)

Für die Entwicklung der Entgeltsysteme nach §§ 17b und 17d KHG für Krankenhausleistungen ist es von erheblichem Interesse, fall- und krankenhausübergreifende Verläufe analysieren zu können. Hierfür ist die Übermittlung des unveränderbaren Teils der Krankenversichertennummer (KV-Nummer) nach § 290 Absatz 1 Satz 2 bzw. § 291a Absatz 1a Satz 2 SGB V im Rahmen des an die DRG-Datenstelle zu übermittelnden Datensatzes nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 erforderlich. Wenn für einzelne Patientinnen und Patienten eine entsprechende KV-Nummer nicht existiert, ist wie bisher das krankenhausinterne Kennzeichen des Behandlungsfalles zu übermitteln. Hierdurch können zumindest Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus erfasst werden. Dies ist zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Vergütungsregelungen bei Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus erforderlich.

Die KV-Nummer wird benötigt, um einerseits bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems auch Verlegungen zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern analysieren zu können, die derzeit nicht von der Fallzusammenführungsregelung bei Wiederaufnahmen nach § 2 der Fallpauschalenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG erfasst werden. Da § 21 KHEntgG nur die Übermittlung eines krankenhausinternen Kennzeichens des Behandlungsfalls vorsieht, können bei der Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems bislang Verlegungen zwischen verschiedenen Krankenhäusern nicht berücksichtigt werden.

Für PKV-Versicherte und Selbstzahler steht derzeit eine KV-Nummer nicht flächendeckend zur Verfügung, weil diese an die (fakultative) Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte durch die PKV-Unternehmen geknüpft ist (§ 291a Absatz 1a SGB V). Bis zur Einführung der KV-Nummer bleibt es daher für diese Patientengruppe bei der auch bisher erfolgten Übermittlung einer krankenhausinternen Fallnummer.

Andererseits ist die Angabe für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems nach § 17d KHG für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen erforderlich. Nur auf diesem Wege können fall- und krankenhausübergreifende Verläufe analysiert werden. Dies ist angesichts der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erforderlich, bei der sich stationäre und ambulante Behandlungsphasen oftmals abwechseln. Der Gesetzgeber hat dementsprechend für die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems explizit eine Prüfung verlangt, ob auch die ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können und ob neben Tagespauschalen auch andere Abrechnungseinheiten (z. B. Fallpauschalen, Komplexpauschalen) möglich sind. Psychiatrische Institutsambulanzen haben an die DRG-Datenstelle nach § 295 Absatz 1b Satz 3 SGB V die in Absatz 1 dieser Vorschrift genannten Abrechnungsdaten zu übermitteln. Diese umfassen u. a. Diagnosen, Prozeduren sowie die Versichertenstammdaten einschließlich der KV-Nummer. Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser und Fachabteilungen (Einrichtungen) übermitteln dagegen nach § 21 KHEntgG nur ein krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalls, nicht jedoch die KV-Nummer. Das DRG-Institut, das der Gesetzgeber mit der Entwicklung des Psych-Entgeltsystems beauftragt hat, kann daher für seine Kalkulation- und Analysezwecke die Versorgungsverläufe von Patienten nicht zusammenführen. Dies gilt sowohl für Patientinnen und Patienten, die in einer stationären psychiatrischen Einrichtung und in einer psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurden, als auch für Patientinnen und Patienten, die in verschiedenen stationären psychiatrischen Einrichtungen behandelt wurden.

Die erwähnten Übermittlungsvorschriften nach § 295 Absatz 1b Satz 3 SGB V gelten für PKV-Versicherte und Selbstzahler nicht. Darüber hinaus steht derzeit die KV-Nummer für diese Patientengruppe nur fakultativ zur Verfügung und es gelten bei ambulanter Behandlung unterschiedlich Abrechnungsregelungen (Abrechnung nach GOÄ im Rechtsverhältnis Leistungserbringer und zahlungspflichtiger Patient). Vor diesem Hintergrund können die Versorgungsverläufe für diese Patientengruppe nicht zusammengeführt werden.

Die KV-Nummer ist nach § 21 Absatz 3 nur an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf nach § 21 Absatz 3 Satz 2 die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Die näheren Einzelheiten der Datenübermittlung sind nach § 21 Absatz 4 im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik zu vereinbaren.

Mit der Vorgabe, dass nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung der Personenbezug nicht mehr möglich sein darf, wird sichergestellt, dass von der DRG-Datenstelle nach Zusammenführung der auf einen Versicherten bezogenen Behandlungsfälle an Dritte nur die Information weitergeleitet werden darf, dass es sich um bei demselben Versicherten aufgetretene Behandlungsfälle handelt. Der Personenbezug (die KV-Nummer oder ein auf dieser basierendes Pseudonym) ist vor der Weiterleitung an Dritte von der DRG-Datenstelle zu entfernen.

Zu Artikel 8 (Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

Klarstellung, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 11 Absatz 3 SGB V umfassen.

Zu Nummer 2

Folgeänderung zur Änderung des § 39 Absatz 1 SGB V.

Zu Artikel 9 (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1 (§ 12)

Die bisherige Regelung, nach der bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird als Folgeänderung zur Neufassung des § 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V aufgehoben. Vorgesehen wird im Übrigen, dass soweit auf Grund regionaler Besonderheiten zum Zwecke einer bedarfsgerechten Versorgung von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V (neu) abgewichen wird, die Abweichungen im Bedarfsplan zu kennzeichnen und zu begründen sind.

Zu Nummer 2 (§ 13)

Folgeänderung zu § 99 Absatz 1 SGB V über die Beteiligung der zuständigen Landesbehörden in der Planung und die Vorlagepflicht der aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne bei den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden.

Zu Nummer 3 (§ 14)

Folgeänderung zu § 90 Absatz 4 bis 6 SGB V über das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen und die Vorlagepflicht der Entscheidungen der Landesausschüsse zur Prüfung durch die Aufsichtsbehörden.

Zu Nummer 4 (§ 18)

Aufgrund der Rechtsförmlichkeit wird der Absatz 2 neu gefasst. Geändert wird lediglich die neue Nummer 5 (ehemals Buchstabe e). Es erfolgt eine sprachliche Anpassung an die Änderung des § 21 Ärzte-ZV.

Zu Nummer 5 (§ 19)

Aufgrund der neuen Nummer 12 des § 98 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die bestimmt, dass in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auch die Voraussetzungen für die Befristung von Zulassungen zu regeln sind, wird mit dem neuen Absatz 4 erstmals die Mög-

lichkeit geschaffen, vertragsärztliche Zulassungen zu befristen. Die Regelung dient dem Ziel, perspektivisch die Entstehung und Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Eine Befristung von Zulassungen ist nur in offenen Planungsbereichen möglich, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad mindestens 100 Prozent erreicht. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 Prozent überschritten wird und der Landesausschuss nach § 103 Absatz 1 SGB V Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet hat, können im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 auch weiterhin nur unbefristete Zulassungen erteilt werden.

Der Zulassungsausschuss hat über die Befristung einer Zulassung nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Da das Gesetz keine Vorgaben über den Befristungszeitraum enthält, ist auch dieser allein nach pflichtgemäßem Ermessen des Zulassungsausschusses festzulegen. In Betracht kommen insbesondere Befristungszeiträume von mehreren Jahren. Bei der Festlegung des Befristungszeitraums sind neben den Versorgungsbedürfnissen auch die Interessen des zugelassenen Vertragsarztes zu berücksichtigen, dem es möglich sein muss, die mit der Praxisgründung typischerweise verbundenen Investitionskosten während der Dauer der Zulassung zu refinanzieren. Darüber hinaus hat der Zulassungsausschuss auch die Möglichkeit, die Befristung an das Erreichen eines bestimmten Lebensalters des Vertragsarztes oder das Ende der beruflichen Tätigkeit zu knüpfen.

Im Falle einer Befristung endet die Zulassung mit Ablauf des Befristungszeitraumes (vgl. Änderung von § 95 Absatz 7 SGB V). Ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Absatz 4 SGB V findet nicht statt. Dies gilt aufgrund des neu eingefügten zweiten Halbsatzes in § 103 Absatz 4 Satz 2 SGB V auch dann, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf des Befristungszeitraumes auf seine Zulassung verzichtet. Hierdurch wird sichergestellt, dass der Ausschluss des Nachbesetzungsverfahrens nicht durch einen vorzeitigen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung umgangen werden kann.

Endet die Zulassung mit Ablauf des Befristungszeitraumes und sind zu diesem Zeitpunkt für den Planungsbereich, in dem sich der Vertragsarztsitz befindet, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet, steht es dem Vertragsarzt frei, eine neue Zulassung zu beantragen. Eine Benachteiligung gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die sich in dem Planungsbereich neu niederlassen wolle, findet damit nicht statt.

Zu Nummer 6 (§ 20)

Die Neufassung bewirkt eine weitere Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung und führt zu einer Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu der bisherigen Fassung von § 20 Absatz 1 Satz 1 sind neben einer vollen vertragsärztlichen Zulassung weitere Tätigkeiten in einem zeitlichen Umfang von bis zu 13 Stunden wöchentlich zulässig, neben einer halben Zulassung bis zu 26 Stunden wöchentlich. Diese starren Zeitgrenzen stehen einer den jeweiligen Umständen des Einzelfalls angemessenen und flexiblen Anwendung der Regelung entgegen. Durch die Neufassung wird deshalb klargestellt, dass es für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten neben einer vertragsärztlichen Tätigkeit maßgeblich darauf ankommt, dass die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patientinnen und Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Wird dies gewährleistet, ist künftig eine Nebenbeschäftigung auch bei einer Überschreitung der aktuell von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen möglich. Unabhängig davon bleibt es dabei, dass die vertragsärztliche Tätigkeit bei einem vollem Versorgungsauftrag grundsätzlich als Vollzeittätigkeit angelegt ist (§ 19a Absatz 1).

Zu Nummer 7 (§ 21)

Die bisherige Regelung, nach der eine Ärztin oder ein Arzt mit geistigen Mängeln ungeeignet für die Ausübung der Kassenpraxis ist, wird sprachlich neu formuliert. Gesundheitliche oder sonstige in der Person liegende schwerwiegende Gründe können die Gewähr für eine dauerhafte ordnungsgemäße Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ausschließen und daher einer Zulassung entgegenstehen bzw. die Entziehung der Zulassung rechtfertigen. Die Zulassungsbehörde hat nach den ihr bekannten Tatsachen und Erklärungen der Ärztin oder des Arztes, insbesondere über das polizeiliche Führungszeugnis und den Angaben zu einer Suchterkrankung (§ 18 Absatz 2), zu beurteilen, ob die ordnungsgemäße Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Person der Ärztin oder des Arztes gewährleistet ist.

Die bisherige Fünfjahresfrist bei Trunksucht oder Rauschgiftsucht, die damit begründet wurde, dass erst nach dieser Frist beurteilt werden könne, ob die/ der süchtig gewesene Ärztin/ Arzt ohne die Gefahr eines baldigen Rückfalls als von dieser Sucht geheilt angesehen werden kann, und die nach der Rechtsprechung einer individuellen Zukunftsprognose nach Abschluss suchttherapeutischer Maßnahmen nicht zugänglich war, wird durch eine widerlegbare Regelvermutung ersetzt. Die Ärztin oder der Arzt hat damit zukünftig die Möglichkeit, durch geeignete Nachweise die Vermutung zu widerlegen. Um gewichtige Zweifeln an der gesundheitlichen Eignung auszuräumen, kann der Zulassungsausschuss eine ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustandes der Ärztin oder des Arztes auf dessen Kosten verlangen. Der Zulassungsausschuss hat die Frist zur Vorlage des Gutachtens und den die Untersuchung vornehmenden Sachverständigen eigenverantwortlich zu bestimmen. Ihre Anordnung muss inhaltlich ausreichend bestimmt sein und erkennen lassen, mit welchen Fragen zum Gesundheitszustand sich der Gutachter befassen soll. Die Regelung orientiert sich an der entsprechenden Regelung für die Anwaltszulassung nach § 15 BRAO.

Zu Nummer 8 (§ 24)

Zu Buchstabe a

§ 24 Absatz 2 Satz 2 sieht bislang vor, dass ein Vertragsarzt seine Wohnung so zu wählen hat, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht. Diese so genannte Residenzpflicht des Vertragsarztes bedeutet, dass der Vertragsarzt in sprechstundenfreien Zeiten seinen Vertragsarztsitz in angemessener Zeit erreichen können muss, wenn dies – außer in Zeiten des

organisierten Notfalldienstes – zur Versorgung von Versicherten erforderlich ist. Bereits nach geltendem Recht gilt die Residenzpflicht für den Vertragsarzt nicht, soweit sich der Vertragsarztsitz in einem unterversorgten Gebiet befindet; mit der Änderung wird sie auch für nicht unterversorgte Gebiete aufgehoben. Die Aufhebung der Residenzpflicht befreit den Vertragsarzt jedoch nicht von der Teilnahme am organisierten Notdienst. Vielmehr bleiben die für den Vertragsarzt maßgeblichen Regelungen zur Teilnahme am organisierten Notdienst unberührt, damit die Notfallversorgung nicht gefährdet wird.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird die gesetzliche Vorgabe, nach der eine vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten zulässig ist, wenn dadurch die Versorgung am Ort der Zweigpraxis verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt wird, präzisiert. Es wird klargestellt, dass bei der Entscheidung über die Genehmigung z. B. nicht schematisch auf die Entfernung zwischen dem Vertragsarztsitz und der Zweigpraxis oder auf die erforderliche Fahrzeit abzustellen ist. Vielmehr stehen die beiden Voraussetzungen für die Genehmigung einer Zweigpraxis – Versorgungsverbesserung am neuen Tätigkeitsort und Gewährleistung der Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz – in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Die Frage, ob die Versorgung am Vertragsarztsitz gewährleistet ist, lässt sich regelmäßig erst dann beurteilen, wenn feststeht, mit welchem zeitlichen Einsatz die Versorgung an dem weiteren Tätigkeitsort verbessert werden soll. Durch die Aufhebung der Residenzpflicht entfällt zudem die Pflicht des Vertragsarztes, seinen Vertragsarztsitz auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in angemessener Zeit erreichen zu können.

Durch die Ergänzung werden die Zulassungsausschüsse stärker als bisher dazu angehalten, bei der Genehmigungsentscheidung, die Versorgungssituation an beiden Tätigkeitsorten zu berücksichtigen und den Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ins Verhältnis zu einer eventuellen Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragsarztsitz zu setzen. Führt die Tätigkeit an dem weiteren Ort zu geringfügigen Beeinträchtigungen der Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind diese unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden. Je größer der Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ist, desto eher sind Beeinträchtigungen der Versorgung am Vertragsarztsitz hinzunehmen. Durch die Ergänzung erhalten die Zulassungsausschüsse die nötige Flexibilität, um die Eröffnung von Zweigpraxen vor allem dort zu genehmigen, wo dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und zur Vermeidung von Unterversorgung besonders sinnvoll ist.

Zu Buchstabe c

Das bisherige Recht gewährt einem Vertragsarzt die Möglichkeit, seinen Vertragsarztsitz zu verlegen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Zulassungsausschüsse bei der Prüfung eines Antrages auf Verlegung des Vertragsarztsitzes vorrangig darauf zu achten haben, dass Versorgungsgesichtspunkte einer Verlegung des Vertragsarztsitzes nicht entgegenstehen. Führt damit z. B. die Verlegung eines Vertragsarztsitzes in einen anderen Stadtteil zu Versorgungsproblemen in dem Stadtteil, in dem sich der Vertragsarztsitz derzeit befindet, hat der Zulassungsausschuss den Verlegungsantrag abzulehnen.

Zu Nummer 9 (§ 31)

Aufgrund der Rechtsförmlichkeit wird der Absatz 1 neu gefasst. Lediglich in der neuen Nummer 1 (ehemals Buchstabe a) ergeben sich Folgeänderungen zur Änderung der §§ 116 und 116a SGB V.

Zu Nummer 10 (§ 31a)

Aufgrund der notwendigen Folgeänderung zur Änderung des § 116 SGB V wurde Satz 1 zugunsten einer besseren Verständlichkeit in Form einer Aufzählung neu gefasst.

Zu Nummer 11 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Regelung soll eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht werden. Um den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen der Vertragsärztin vor und nach der Geburt eines Kindes besser zu begegnen, wird die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, von sechs auf zwölf Monate verlängert.

Zu Buchstabe b

Auch die Änderungen im zweiten Absatz dienen einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Um Vertragsärzten und -ärztinnen auch nach der Geburt eine bessere an den jeweiligen Bedürfnissen und Erfordernissen ausgerichtete Balance zwischen ihrer freiberuflichen Tätigkeit und ihrer Familie zu ermöglichen, wird die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate geschaffen. Dieser Zeitraum muss nicht zusammenhängend genommen werden. Weiterhin wird, auch in Anlehnung an das Pflegezeitgesetz, die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Pflege von Angehörigen für 6 Monate eröffnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten zudem die Möglichkeit, die jeweiligen Zeiträume zu verlängern.

Zu Nummer 12 (§ 32b)

Folgeänderung zum neuen § 95 Absatz 9b SGB V. Aufgrund der Vorschrift des § 1 Absatz 3 Nummer 2 gilt die Regelung auch für Anstellungen in medizinischen Versorgungszentren.

Zu Nummer 13 (§ 33)

Es wird klargestellt, dass eine Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Verschleierung einer unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern gegründet werden darf. Dies gilt nach § 1 Absatz 3 Ärzte-ZV auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Insbesondere die Verteilung von Gewinnen aus der gemeinsamen Berufsausübung in Abhängigkeit von Zuweisungszahlen verstößt gegen das Verbot der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt nach

§ 73 Absatz 7 SGB V (neu). Die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft durch den Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen verweigert oder nach Maßgabe der Bundesmantelverträge gemäß § 33 Absatz 3 Satz 5 Ärzte-ZV mit Auflagen verbunden werden, um die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen zu gewährleisten.

Zu Artikel 10 (Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Um Sanitätsoffizieren Zahnarzt der Bundeswehr nach Beendigung ihrer Dienstzeit die Niederlassung als Vertragszahnarzt zu erleichtern, kann im Rahmen der zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte nach § 95 Absatz 2 SGB V die nach § 3 Absatz 3 Satz 1 mindestens sechs Monate dauernde Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines Vertragszahnarztes mit bis zu drei Monaten durch eine Tätigkeit in einer Zahnstation der Bundeswehr ersetzt werden. Die Sanitätsoffiziere sind im Rahmen der truppenzahnärztlichen Versorgung nach den Richtlinien für den Sanitätsdienst der Bundeswehr vergleichbar den Vertragszahnärzten tätig und rechnen in dem der vertragszahnärztlichen Versorgung entsprechenden Umfang auch über die Kassen-zahnärztlichen Vereinigungen mit den zuständigen Wehrbereichsverwaltungen ab. Insoweit rechtfertigen die berufspraktischen Erfahrungen der Sanitätsoffiziere die teilweise Anrechnung, um zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu qualifizieren.

Zu Nummer 2 (§ 12)

Die bisherige Regelung, nach der bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird als Folgeänderung zur Neufassung des § 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V aufgehoben. Vorgesehen wird im Übrigen, dass soweit auf Grund regionaler Besonderheiten zum Zwecke einer bedarfsgerechten Versorgung von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V (neu) abgewichen wird, die Abweichungen im Bedarfsplan zu kennzeichnen und zu begründen sind.

Zu Nummer 3 (§ 13)

Folgeänderung zu § 99 Absatz 1 SGB V über die Beteiligung der zuständigen Landesbehörden in der Planung und die Vorlagepflicht der aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne bei den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden.

Zu Nummer 4 (§ 14)

Folgeänderung zu § 90 Absatz 4 bis 6 SGB V über das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen und die Vorlagepflicht der Entscheidungen der Landesausschüsse zur Prüfung durch die Aufsichtsbehörden.

Zu Nummer 5 (§ 18)

Aufgrund der Rechtsförmlichkeit wird der Absatz 2 neu gefasst. Geändert wird lediglich die neue Nummer 5 (ehemals Buchstabe e). Es erfolgt eine sprachliche Anpassung an die Änderung des § 21 Zahnärzte-ZV.

Zu Nummer 6 (§20)

Die Neufassung bewirkt eine weitere Flexibilisierung der vertragszahnärztlichen Berufsausübung und führt zu einer Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu der gleichlautenden bisherigen Fassung des § 20 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV sind neben einer vollen vertragsärztlichen Zulassung weitere Tätigkeiten in einem zeitlichen Umfang von bis zu 13 Stunden wöchentlich zulässig, neben einer halben Zulassung bis zu 26 Stunden wöchentlich. Diese starren Zeitgrenzen stehen einer den jeweiligen Umständen des Einzelfalls angemessenen und flexiblen Anwendung der Regelung entgegen. Durch die Neufassung wird deshalb klargestellt, dass es für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten auch neben einer vertragszahnärztlichen Tätigkeit maßgeblich darauf ankommt, dass die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patientinnen und Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragszahnärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Wird dies gewährleistet, ist künftig eine Nebenbeschäftigung auch bei einer Überschreitung der aktuell von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen möglich.

Zu Nummer 7 (§ 21)

Die bisherige Regelung, nach der eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt mit geistigen Mängeln ungeeignet für die Ausübung der Kassenpraxis ist, wird sprachlich neu formuliert. Gesundheitliche oder sonstige in der Person liegende schwerwiegende Gründe können die Gewähr für eine dauerhafte ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ausschließen und daher einer Zulassung entgegenstehen bzw. die Entziehung der Zulassung rechtfertigen. Die Zulassungsbehörde hat nach den ihr bekannten Tatsachen und Erklärungen der Zahnärztin oder des Zahnarztes, insbesondere über das polizeiliche Führungszeugnis und den Angaben zu einer Suchterkrankung (§ 18 Absatz 2), zu beurteilen, ob die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in der Person der Zahnärztin oder des Zahnarztes gewährleistet ist.

Die bisherige Fünfjahresfrist bei Trunksucht oder Rauschgiftsucht, die damit begründet wurde, dass erst nach dieser Frist beurteilt werden könne, ob die/ der süchtig gewesene Zahnärztin/ Zahnarzt ohne die Gefahr eines baldigen Rückfalls als von dieser Sucht geheilt angesehen werden kann, und die nach der Rechtsprechung einer individuellen Zukunftsprognose nach Abschluss suchttherapeutischer Maßnahmen nicht zugänglich war, wird durch eine widerlegbare Regelvermutung ersetzt. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt hat damit zukünftig die Möglichkeit, durch geeignete Nachweise die Vermutung zu widerlegen. Um gewichtige Zweifeln an der gesundheitlichen Eignung auszuräumen, kann der Zulassungsausschuss eine ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustandes der Zahnärztin oder des Zahnarztes auf dessen Kosten verlangen. Der Zulassungsausschuss hat die Frist zur Vorlage des Gutachtens und den die Untersu-

chung vornehmenden Sachverständigen eigenverantwortlich zu bestimmen. Ihre Anordnung muss inhaltlich ausreichend bestimmt sein und erkennen lassen, mit welchen Fragen zum Gesundheitszustand sich der Gutachter befassen soll. Die Regelung orientiert sich an der entsprechenden Regelung für die Anwaltszulassung nach § 15 BRAO.

Zu Nummer 8 (§ 24)

Zu Buchstabe a

§ 24 Absatz 2 Satz 2 sieht bislang vor, dass eine Vertragszahnärztin bzw. ein Vertragszahnarzt seine Wohnung so zu wählen hat, dass er für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragszahnarztsitz zur Verfügung steht. Diese so genannte Residenzpflicht der Vertragszahnärztin bzw. des Vertragszahnarztes bedeutet, dass diese in sprechstundenfreien Zeiten ihren Vertragszahnarztsitz in angemessener Zeit erreichen können müssen, wenn dies – außer in Zeiten des organisierten Notfalldienstes – zur Versorgung von Versicherten erforderlich ist. Die Aufhebung der Residenzpflicht befreit die Vertragszahnärztin bzw. den Vertragsarzt jedoch nicht von der Teilnahme am organisierten Notdienst. Vielmehr bleiben die maßgeblichen Regelungen zur Teilnahme am organisierten Notdienst unberührt, damit die Notfallversorgung nicht gefährdet wird.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird die gesetzliche Vorgabe, nach der eine vertragszahnärztliche Tätigkeit an weiteren Orten zulässig ist, wenn dadurch die Versorgung am Ort der Zweigpraxis verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragszahnarztsitz nicht beeinträchtigt wird, präzisiert. Es wird klargestellt, dass bei der Entscheidung über die Genehmigung z. B. nicht schematisch auf die Entfernung zwischen dem Vertragszahnarztsitz und der Zweigpraxis oder auf die erforderliche Fahrzeit abzustellen ist. Vielmehr stehen die beiden Voraussetzungen für die Genehmigung einer Zweigpraxis – Versorgungsverbesserung am neuen Tätigkeitsort und Gewährleistung der Versorgungspräsenz am Vertragszahnarztsitz – in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Die Frage, ob die Versorgung am Vertragszahnarztsitz gewährleistet ist, lässt sich regelmäßig erst dann beurteilen, wenn feststeht, mit welchem zeitlichen Einsatz die Versorgung an dem weiteren Tätigkeitsort verbessert werden soll. Durch die Aufhebung der Residenzpflicht entfällt zudem die Pflicht der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes, den Vertragsarztsitz auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in angemessener Zeit erreichen zu können.

Durch die Ergänzung werden die Zulassungsausschüsse stärker als bisher dazu angehalten, bei der Genehmigungsentscheidung, die Versorgungssituation an beiden Tätigkeitsorten zu berücksichtigen und den Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ins Verhältnis zu einer eventuellen Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragszahnarztsitz zu setzen. Führt die Tätigkeit an dem weiteren Ort zu geringfügigen Beeinträchtigungen der Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes sind diese unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden. Je größer der Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ist, desto eher sind Beeinträchtigungen der Versorgung am Vertragszahnarztsitz hinzunehmen. Durch die Ergänzung erhalten die Zulassungsausschüsse die nötige Flexibilität, um die Eröffnung von Zweigpraxen vor allem dort zu genehmigen, wo dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und zur Vermeidung von Unterversorgung besonders sinnvoll ist.

Zu Buchstabe c

Das bisherige Recht gewährt einem Vertragszahnarzt die Möglichkeit, seinen Vertragszahnarztsitz zu verlegen, wenn Gründe der vertragszahnärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Zulassungsausschüsse bei der Prüfung eines Antrages auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes vorrangig darauf zu achten haben, dass Versorgungsgesichtspunkte einer Verlegung des Vertragszahnarztsitzes nicht entgegenstehen. Führt damit z. B. die Verlegung eines Vertragszahnarztsitzes in einen anderen Stadtteil zu Versorgungsproblemen in dem Stadtteil, in dem sich der Vertragszahnarztsitz derzeit befindet, hat der Zulassungsausschuss den Verlegungsantrag abzulehnen.

Zu Nummer 9 (§ 31)

Aufgrund der Rechtsförmlichkeit wird der Absatz 1 neu gefasst. Lediglich in der neuen Nummer 1 (ehemals Buchstabe a) ergeben sich Folgeänderungen zur Änderung der §§ 116 und 116a SGB V.

Zu Nummer 10 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Regelung soll eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht werden. Um den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen der Vertragszahnärztin vor und nach der Geburt eines Kindes besser zu begegnen, wird die Möglichkeit für Vertragszahnärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, von sechs auf zwölf Monate verlängert.

Zu Buchstabe b

Auch die Änderungen im zweiten Absatz dienen einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Um Vertragszahnärzten und Vertragszahnärztinnen auch nach der Geburt eine bessere an den jeweiligen Bedürfnissen und Erfordernissen ausgerichtete Balance zwischen ihrer freiberuflichen Tätigkeit und ihrer Familie zu ermöglichen, wird die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate geschaffen. Dieser Zeitraum muss nicht zusammenhängend genommen werden. Weiterhin wird, auch in Anlehnung an das Pflegezeitgesetz, die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Pflege von Angehörigen für 6 Monate eröffnet. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erhalten zudem die Möglichkeit, die jeweiligen Zeiträume zu verlängern.

Zu Nummer 11 (§ 32b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Beseitigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zum neuen § 95 Absatz 9b SGB V. Aufgrund der Vorschrift des § 1 Absatz 3 gilt die Regelung auch für Anstellungen in medizinischen Versorgungszentren.

Zu Nummer 12 (§ 33)

Es wird klargestellt, dass eine Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Verschleierung einer unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen bzw. Vertragszahnärzten und anderen Leistungserbringern gegründet werden darf. Insbesondere die Verteilung von Gewinnen aus der gemeinsamen Berufsausübung in Abhängigkeit von Zuweisungszahlen verstößt gegen das Verbot der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt nach § 73 Absatz 7 SGB V (neu). Die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft durch den Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen verweigert oder nach Maßgabe der Bundesmantelverträge gemäß § 33 Absatz 3 Satz 5 Zahnärzte-ZV mit Auflagen verbunden werden, um die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen zu gewährleisten.

Zu Artikel 11 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§§ 28b, 28c)

Die Aufhebung folgt aus der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Regelungsgegenstände von § 28 b Absatz 1 Satz 3, Absatz 2 und Absatz 3 werden unmittelbar im Gesetz geregelt (siehe § 137f Absatz 2 Satz 3 und Satz 6, § 137g Absatz 2). Zwischenzeitlich wegen Zeitablaufs obsolet gewordene Übergangsvorschriften (insbesondere § 28 b Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4) entfallen ersatzlos.

Zu Nummer 2 (§ 28d)

Zu Buchstabe a

Die Anpassung der Überschrift folgt aus der Anpassung der Verordnungsermächtigung in § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Durch die Streichung wird erreicht, dass es für die Einschreibung eines Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nur einer schriftlichen Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin bedarf, aber nicht mehr einer gesonderten schriftlichen Bestätigung (bzw. Unterschrift) der Erstdokumentation. Das bisherige Verfahren der Einschreibung der Versicherten wird ansonsten beibehalten, die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose erfolgt – wie bisher auch – in der Regel mit der Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm. Das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation kann aufgrund der inzwischen flächendeckend eingeführten verpflichtenden elektronischen Dokumentationsverfahren, welche in die Praxisverwaltungssysteme integriert sind und eine gute Handhabung erlauben, entfallen. Dies führt zu einer Erleichterung in der Arztpraxis und Entlastung der koordinierenden Ärzte, indem die letzten papiergebundenen Verfahren (Versandliste) bei der Erstdokumentation entbehrlich werden und der entsprechende Verwaltungsaufwand damit beseitigt wird.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Da neben den quartalsbezogenen zu erstellenden Folgedokumentationen nun auch die Erstdokumentation zu ihrer Gültigkeit nicht mehr der Unterschrift des Arztes oder der Ärztin bedarf, ist eine Herausstellung des fehlenden Unterschriftserfordernisses hier entbehrlich.

Zu Buchstabe d

Die zwischenzeitlich wegen Zeitablaufs obsolet gewordenen Übergangsvorschriften entfallen ersatzlos.

Zu Nummer 3 (§ 28e)

Die Aufhebung folgt aus der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Nummer 4 (§ 28f)

Zu Buchstabe a

Die Anpassung der Überschrift folgt aus der Anpassung der Verordnungsermächtigung in § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe d

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung, da die Erstdokumentation zu ihrer Gültigkeit nicht mehr der Unterschrift des Arztes oder der Ärztin bedarf.

Zu Buchstabe e

Die Aufhebung der Übergangsvorschriften erfolgt wegen des zwischenzeitlichen Zeitablaufs sowie als Folgeänderung, da die Erstdokumentation zu ihrer Gültigkeit nicht mehr der Unterschrift des Arztes oder der Ärztin bedarf.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe g

Diese Regelung entspricht der bisherigen Regelung in § 28g Absatz 4. Die Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten werden nun in § 28f geregelt.

Zu Nummer 5 (§ 28g)

Die Aufhebung folgt aus der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die bisherige Aufgabe des Bundesversicherungsamts nach Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung a. F., durch Vorgaben methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar sind, entfällt. Die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet insbesondere auch die Vorgabe jeweils erforderlicher methodischer Kriterien für die Evaluation. Dies ermöglicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss neben der Festlegung der Inhalte der Programme (inklusive der Dokumentationen) auch die Festlegung der Auswertung von deren Ergebnissen (Auswirkungen der Versorgung in den Programmen).

Die bisherige Regelung in Absatz 4 wird als Anforderung an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g SGB V erforderlichen personenbezogenen Daten nun in § 28f Absatz 4 geregelt.

Die bisherige Regelung in Absatz 5 ist wegen der Einführung der regelhaften unbefristeten Zulassung obsolet.

Zu Nummer 6 (§ 28h)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 7 (§ 37)

Da die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a SGB V nicht die Aufwendungen der Krankenkassen auf Grund der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Absatz 6 SGB V – neu decken sollen, müssen diese bei der Berechnung der Zuweisungen durch das Bundesversicherungsamt unberücksichtigt bleiben.

Zu Nummer 8 (§ 38)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 9 (Anlagen)

Die Aufhebung folgt aus der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz zum 1. Januar 2012 in Kraft tritt, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Der neue § 19 Absatz 1a SGB V tritt rückwirkend zum 1. Mai 2011 in Kraft. Damit findet die Klarstellung zur Fortgeltung der Leistungsentscheidungen einer geschlossenen Krankenkasse auch schon hinsichtlich der Schließung der City-BKK Anwendung. Gleiches gilt für die Änderung des § 217f SGB V. Um eine nahtlose Leistungsgewährung an die Versicherten der geschlossenen City BKK sicherzustellen, bei denen die Übernahme durch eine neue Krankenkasse am 1. Juli 2011 noch nicht abgeschlossen war, hat der GKV-Spitzenverband die City BKK in Abwicklung beauftragt, die erforderlichen Leistungen an diese Versicherten für die Dauer von längstens einem Quartal zu erbringen. Andernfalls hätten die Betroffenen die ihnen zustehenden Leistungen nur unter großen Schwierigkeiten erhalten können. Durch das rückwirkende Inkrafttreten wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband zu dieser Entscheidung berechtigt war. Bedenken unter dem Gesichtspunkt des verfassungsrechtlichen Rückwirkungsverbots bestehen nicht, da hierdurch keine in der Vergangenheit abgeschlossenen Rechtsverhältnisse zu Lasten der Betroffenen geändert werden. Außerdem sind die Krankenkassen keine Grundrechtsträger. Vielmehr besteht ihre Hauptaufgabe im Vollzug einer zum Zweck der Erfüllung der staatlichen Aufgabe „Krankenversicherung“ geschaffenen detaillierten Sozialgesetzgebung (vgl. BVerfGE 113, S. 167).

Zu Absatz 3

Damit die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Vorgaben nach § 87b Absatz 4 für die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erstellenden Honorarverteilungsmaßstäbe frühzeitig bestimmen kann, tritt diese Aufgabenzuweisung bereits zum Zeitpunkt der ersten Lesung in Kraft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Honorarverteilungsmaßstäbe mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012 anwenden.

Zu Absatz 4

Damit der Gemeinsame Bundesausschuss die nach § 91 Absatz 2a zu beschließende Zuordnung, welche Richtlinien

und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen, frühzeitig erarbeiten kann, tritt diese Aufgabenzuweisung zum Zeitpunkt der 3. Lesung in Kraft.

Zu den Absätzen 5 und 6

Nachdem die Honorarzuwächse im vertragszahnärztlichen Bereich in den Jahren 2011 und 2012 durch das GKV-Finanzierungsgesetz begrenzt wurden, treten am 1. Januar 2013 die Regelungen zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung in § 85 in Kraft. Um die dafür notwendigen Voraussetzungen und Datengrundlagen zu schaffen, treten die Regelungen in Absatz 2a und Absatz 3 Satz 4 bereits zum 1. Juli 2012 in Kraft.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des Gesetzes auf Bürokratiekosten geprüft, die durch Informationspflichten begründet werden.

1. Bürokratiekosten der Wirtschaft

Mit dem Regelungsvorhaben werden sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft eingeführt, eine geändert und drei abgeschafft. Hierdurch reduzieren sich die Bürokratiekosten um rund 0,1 Mio. Euro pro Jahr.

Hinzu kommen jedoch noch neue Bürokratiekosten der Wirtschaft – insbesondere für Ärzte und Krankenhäuser – für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung und für die Teilnahme an der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Für beide Verfahren wird der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien erstellen. Das Ressort hat für diese Fälle in der Begründung eine erste, grobe Einschätzung der Bürokratiekosten pro Fall dargestellt. Der NKR bittet das Ressort zusammen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss, bei Erstellen der Richtlinien diese Kostenschätzung zu konkretisieren.

2. Fortentwicklung der Strukturen und Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird im Gesetzentwurf verpflichtet, die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten zu ermitteln und diese in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen. Der NKR hat bereits in der Vergangenheit betont, dass es für die Adressaten einer Regelung unerheblich ist, welche staatliche Stelle bürokratischen Aufwand verursacht. Es ist daher konsequent, dass die Selbstverwaltungsträger systematisch in den Prozess des Bürokratieabbaus und der besseren Rechtsetzung einbezogen werden. Der NKR begrüßt daher die vorgesehene Maßnahme, die Vorbildcharakter auch für andere Bereiche der Selbstverwaltung hat, ausdrücklich und bietet für das weitere Verfahren seine Unterstützung an.

3. Wegfall der Verpflichtung zur Erstellung ambulanter Kodierrichtlinien

Die Verpflichtung der Bundesmantelvertragspartner (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) zur Vereinbarung von Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation von Diagnoseschlüsseln für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen soll aufgehoben werden. Diese sog. ambulanten Kodierrichtlinien liegen im Entwurfsstadium vor bzw. waren für einen Übergangszeitraum freiwillig anwendbar. Leistungserbringer (z. B. Ärzte) sind bereits bislang verpflichtet, nach einer von der Weltgesundheitsorganisation erstellten internationalen Klassifikation zu kodieren. Die ambulanten Kodierrichtlinien sollten hierbei bestehende Unklarheiten beseitigen und den nationalen Besonderheiten des Gesundheitssystems Rechnung tragen.

Nach Einschätzung zahlreicher betroffener Leistungserbringer würden die ambulanten Kodierrichtlinien in ihrer derzeitigen Form zu einem spürbaren bürokratischen Mehraufwand führen, die in keinem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stünden. Insofern ist es zu begrüßen, dass die gesetzliche Pflicht zur Anwendung durch Leistungserbringer entfallen soll. Der NKR gibt zu bedenken, dass die Selbstverwaltungsträger zukünftig dennoch die Möglichkeit haben, die internationalen Standards bundesweit oder regional zu erläutern und Klarstellungen vorzunehmen. Dies kann wiederum erheblichen Einfluss auf die Bürokratiekosten der Leistungserbringer haben. Der NKR fordert die Träger der Selbstverwaltung daher auf, eventuelle Regelungen bürokratiekostenarm auszugestalten.

4. Bürokratiekosten durch Regionalisierung

Für die Verwaltung werden neun Informationspflichten eingeführt und sieben aufgehoben. Die neuen Informationspflichten und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Bürokratiekosten der öffentlichen Verwaltung resultieren insbesondere aus der stärkeren Regionalisierung und Dezentralisierung der vertragsärztlichen Vergütung und Bedarfsplanung. Die Regionalisierung und Dezentralisierung sind jedoch gerade ein wesentliches politisches Ziel des vorliegenden Entwurfs.

Der Nationale Normenkontrollrat hat keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333